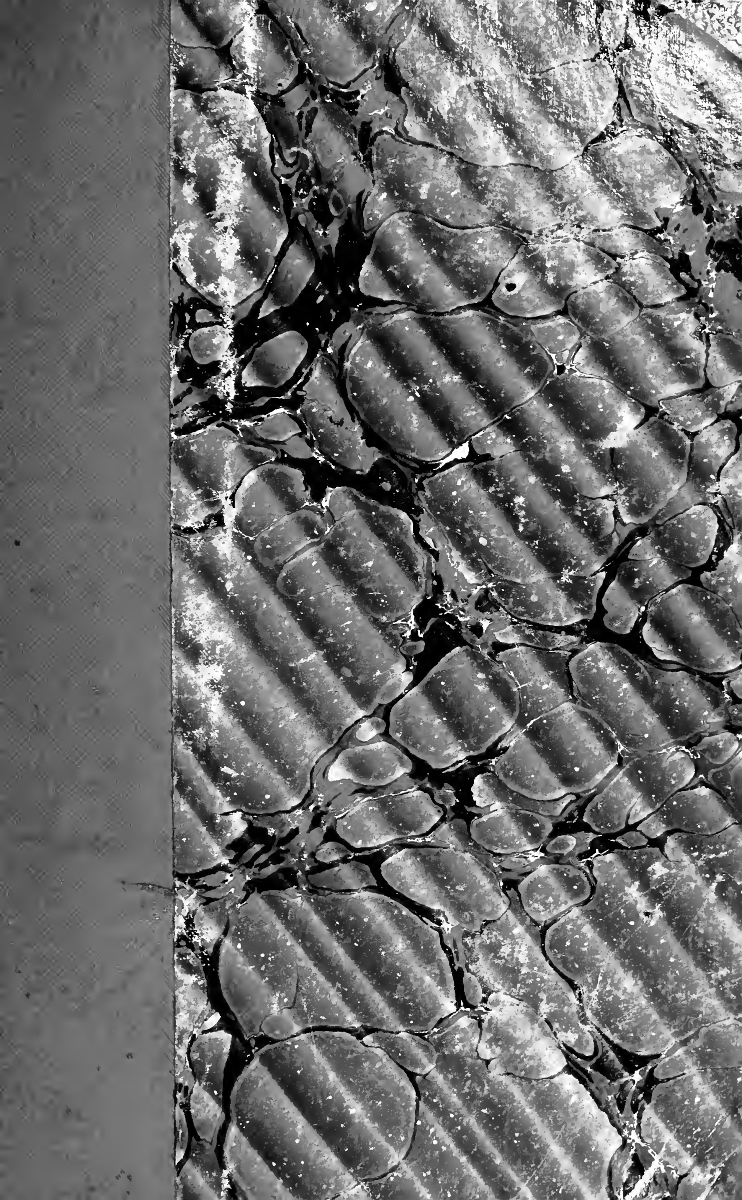


BIBLIOTHÈQUE MÉDICALE VARIÉE

LES VICES DE CONFORMATION

DES

ORGANES GÉNITAUX

ET URINAIRES DE LA FEMME

ÉMILE COLIN. — IMPRIMERIE DE LAGNY

LES VICES DE CONFORMATION

DES

ORGANES GÉNITAUX

ET URINAIRES

DE LA FEMME

PAR

CH. DEBIERRE

Professeur d'anatomie à la Faculté de Médecine de Lille.

Avec 86 figures intercalées dans le texte.



PARIS

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

19, RUE HAUTEFEUILLE, près du boulevard Saint-Germain

1892

PRÉFACE

« Toute science physique résulte essentiellement de deux ordres de faits : les faits particuliers, que révèle l'observation ; les faits généraux, que le raisonnement fait découvrir. Embrassés dans de communes études, ils se fécondent, se vivifient mutuellement. Considérés isolément, les premiers ne seraient que de stériles matériaux, les seconds que de futiles hypothèses. Une science ne saurait pas plus exister sans les uns ou les autres, qu'un raisonnement sans prémisses ou sans conséquences. »

Ainsi débute I. Geoffroy Saint-Hilaire dans la Préface de son *Histoire des Anomalies de l'organisation*, faisant aussitôt prévoir qu'à l'étude des anomalies considérées dans leurs conditions spéciales, il ajoutera des lois et les rapports généraux auxquels peuvent se ramener tous les faits particuliers. Or, comme ces lois et ces rapports ne sont eux-mêmes

que des corollaires des lois plus générales de l'organisation, il s'ensuit que les lois anatomiques et physiologiques s'appliquent à la *Tératologie*, ou histoire des anomalies de l'organisme animal, aussi bien qu'à la morphologie normale.

Il y a plus, « comme la tératologie dans les mille et mille faits qui lui appartiennent embrasse toutes les conditions de l'organisation chez tous les êtres, on verra qu'il n'est même aucun fait général, aucune loi anatomique ou physiologique qu'elle ne puisse éclairer d'une vive lumière, et à laquelle elle ne donne ou une infirmation ou une confirmation positive et éclatante. Ainsi, et telle sera la conséquence nécessaire d'une connaissance exacte et approfondie des anomalies, l'étude des faits normaux et celle des faits tératologiques, intimement associés l'une à l'autre, ne cesseront de se prêter un secours mutuel et puissant. »

Si ces paroles d'Isidore Geoffroy Saint-Hilaire sont applicables aux vices de conformation, je ne dirai pas qu'elles le sont surtout à ceux qui frappent le système génital de la femme, mais je n'hésite pas à dire que c'est là peut-être qu'elles sont confirmées avec plus d'éclat. La tératologie est une science nouvelle ; jusqu'au dix-huitième siècle, elle en est à la période *fabuleuse*, dans laquelle on considère les monstres comme des objets d'épouvante, comme des prodiges destinés à faire éclater la gloire ou la colère

de Dieu, ou comme des êtres fatidiques engendrés par l'opération du démon.

Les anatomistes de la première moitié du dix-huitième siècle se livrent, eux encore, à des recherches sur les monstruosités, moins par un véritable sentiment scientifique, que par un intérêt né de la curiosité et du goût pour la nouveauté, qui est si naturel à l'homme.

Il faut arriver à la fin du dix-huitième siècle, mais surtout au dix-neuvième siècle, pour voir les superstitions ridicules disparaître du domaine de la tératologie. Et cela se conçoit, il fallait que l'anatomie de Bichat et de Schwann fut née ; que l'embryogénie de G. Fr. Wolff eût vu le jour, avant que la tératologie soit devenue une vraie science, la *Science des anomalies de l'organisation.* Sans l'anatomie générale et comparée et sans l'embryologie, l'anatomie philosophique ne fût point venue au monde, et, sans cette dernière, jamais la *théorie de l'arrêt et de la perversion de développement*, qui explique la plupart des vices de conformation, n'aurait pris corps.

Nous savons aujourd'hui que les monstruosités sont toujours la conséquence de l'action de causes accidentelles, causes qui ne modifient point l'organisation toute faite, comme le dit bien C. Dareste, mais qui la modifient pendant qu'elle se produit en donnant une direction différente aux phénomènes de

l'évolution. Geoffroy Saint-Hilaire, contrairement aux idées de Meckel, a démontré la possibilité de modifier, par l'action de causes physiques extérieures, l'évolution d'un germe fécondé, et de plus il a fait la preuve que tous les vices de conformation, depuis le plus léger jusqu'au plus grave, sont essentiellement des phénomènes de même ordre, c'est-à-dire des déviations du type spécifique normal produites par un changement dans l'évolution embryonnaire ou fœtale.

Ces idée générales sur les anomalies, nous allons les appliquer à chaque pas dans l'étude que nous allons faire des *Vices de conformation des organes génitaux de la femme.*

Si nous avons entrepris d'écrire une nouvelle histoire de ceux-ci, c'est qu'outre le grand attrait et la grande curiosité qui s'y attachent, ils ont un intérêt scientifique et pratique de premier ordre, que nous avons cherché à mettre en évidence à chaque page.

Le lecteur dira si nous avons atteint le double but que nous poursuivions : l'intéresser, l'instruire.

Lille, décembre 1891.

CH. DEBIERRE.

LES VICES DE CONFORMATION

DES

ORGANES GÉNITAUX

ET URINAIRES DE LA FEMME

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE DES ORGANES GÉNITAUX

L'appareil génital de la femme se compose : 1° de deux glandes, où se produisent les œufs, les *ovaires;* — 2° de deux conduits, que parcourent les œufs dans leur migration physiologique, les *trompes de Fallope* ou *oviductes;* — 3° d'un réservoir, ou chambre d'incubation et d'expulsion de l'œuf fécondé, l'*utérus* ou

matrice; — 4° d'un canal de copulation et d'expulsion du produit de la conception, le *vagin;* — 5° d'un appareil de sensibilité génésique, la *vulve*.

L'appareil génital, aussi bien chez l'homme que chez la femme, a d'étroites connexions anatomiques avec l'appareil urinaire, encore que les fonctions de chacun de ces deux grands appareils organiques soient si différentes. Plusieurs de leurs parties constituantes ont pour origine une même ébauche embryonnaire, ou encore se transforment l'une dans l'autre. C'est ainsi que le canal du rein primitif de l'embryon devient le canal vecteur du sperme ou canal déférent de l'adulte mâle. Dans certains points, ces parties sont en contact intime, la prostate avec l'urèthre chez le mâle, l'urèthre avec le vagin chez la femelle; dans d'autres elles s'identifient presque, comme la portion pénienne du canal de l'urèthre chez l'homme qui sert à la fois au passage de l'urine et du sperme. Si chez la femme les deux appareils sont distincts dans

tout leur trajet, il n'en est pas moins vrai encore que les deux conduits terminaux, l'urèthre d'une part, le vagin de l'autre, s'ouvrent dans un vestibule commun, la vulve, qui n'est que le sinus uro-génital de l'embryon. Des vaisseaux et des nerfs de même source complètent la solidarité.

Ces connexions morphologiques entre l'appareil urinaire et génital ont conduit les anatomistes à réunir ces deux appareils sous le nom d'*organes génito-urinaires;* les mêmes connexions entraînent celles des lésions pathologiques et des maladies, celles aussi des anomalies ou malformations.

Il est difficile de faire l'histoire anatomique ou des vices de conformation des organes génitaux sans parler quelque peu en même temps de l'anatomie et des malformations des organes urinaires. Néanmoins, nous avons l'intention de traiter seulement des vices de conformation des organes génitaux de la femme.

ARTICLE PREMIER

DES OVAIRES

L'ovaire est un organe glanduliforme qui est à l'organisme de la femme ce que le testicule est à celui de l'homme.

Il y a deux ovaires placés symétriquement de chaque côté de l'utérus, reliés à ce dernier organe par un cordon, le ligament de l'ovaire ou utéro-ovarien et appliqués sur les parois latérales de la cavité pelvienne.

§ 1er. — *Forme.*

La forme de l'ovaire de la femme est celle d'un ovoïde, un peu aplati d'avant en arrière, d'une amande.

L'ovaire a une couleur blanc grisâtre;

Son poids absolu est en moyenne de 10 grammes, selon les pesées de Puech; son poids spécifique de 1,051.

Sa longueur en diamètre transversal est de

40 millimètres; sa hauteur de 18, et son épaisseur de 14 millimètres. Mais ce ne sont que les dimensions les plus ordinaires.

Il faut savoir que le volume de l'ovaire varie avec l'individualité, l'âge, la condition physiologique de la femme. C'est ainsi qu'il grossit momentanément au moment des règles et que, chez les femmes aux passions génésiques violentes, il n'est pas rare de rencontrer des ovaires d'un volume double de celui que nous avons donné plus haut comme moyenne physiologique.

Lisse chez les jeunes filles avant la puberté, sa surface devient inégale à partir de la première menstruation, parce qu'à la suite de la chute de chaque ovule il se fait une cicatrice étoilée. Elle est chagrinée dans la vieillesse.

Chez la femme adulte, il est recouvert d'un ou plusieurs petits ballons transparents et remplis de liquide qui sont des *ovisacs*.

§ 2. — *Rapports.*

Rattaché à l'utérus par son extrémité in-

terne, uni au pavillon de la trompe de Fallope par son extrémité externe, l'ovaire est libre dans la cavité abdominale, excepté au niveau de son bord inférieur où s'attache le péritoine de l'aileron postérieur du ligament large et par où s'engagent les vaisseaux et les nerfs de la glande (*hile de l'ovaire*).

L'ovaire n'est pas transversalement placé comme on le croyait autrefois; dans l'état normal, il est presque vertical, avec son bord libre tourné en avant.

Sa situation et ses rapports exacts sont difficiles à préciser, à cause même de la fréquence de ses déplacements.

Le plus ordinairement on le trouve appuyé contre la paroi du bassin, de chaque côté du rectum, dans une dépression qui sépare l'artère de la veine hypogastrique, et que Krause a appelée pour cette raison *fossette ovarique.* La trompe l'entoure en fronde, si bien qu'on ne l'aperçoit pas quand on a ouvert le ventre et écarté l'intestin.

Il est suspendu dans cette position par divers ligaments.

Tout d'abord par un ligament qui le rattache à l'utérus. Ce ligament, *ligament de l'ovaire, ligament utéro-ovarique*, est un cordon de fibres musculaires lisses de 3 à 4 millimètres d'épaisseur et de 30 à 35 millimètres de longueur, qui s'attache en dehors à l'extrémité interne du hile de l'ovaire, et en dedans au bord latéral correspondant de l'utérus, près de ses angles supérieurs, où il se continue avec les fibres musculaires de la paroi postérieure de cet organe. Un autre ligament, de nature vasculaire et musculaire, le rattache au fascia sous-péritonéal de la région lombaire; c'est le *ligament rond postérieur* ou *ligament lombaire de l'ovaire* qui vient se fixer au hile de l'organe.

En outre, l'ovaire est contenu dans un repli du ligament large de l'utérus, appelé *aileron postérieur du ligament large*. Cet aileron péritonéal enveloppe totalement l'ovaire auquel il adhère intimement, sauf au niveau du hile

où ses deux feuillets s'écartent pour constituer le *mesovarium* et laisser pénétrer dans la glande les vaisseaux et nerfs ovariques.

Enfin, un dernier ligament, *ligament de la trompe* ou *tubo-ovarique*, rattache l'extrémité externe de l'ovaire à une frange du pavillon de la trompe de Fallope.

Malgré tous ces moyens de fixité, l'ovaire n'en est pas moins mobile. Il est soumis à des mouvements en sens divers, déterminés par la pression des organes voisins. Aussi, dans la grossesse, suit-il le mouvement d'ascension de l'utérus jusque dans la région hypogastrique.

Nous verrons plus tard les déplacements congénitaux et accidentels de l'ovaire.

§ 3. — *Structure.*

La coupe de l'ovaire démontre qu'il est formé de deux substances, l'une centrale, l'autre corticale.

La *substance corticale* (couche ovigène ou

parenchymateuse) est limitée extérieurement chez l'adulte par une lame fibreuse que l'on a comparée à la membrane albuginée du testicule (albuginée de l'ovaire), qui manque chez la petite fille, et résulte de la condensation à la périphérie du tissu conjonctif de la couche corticale. Celle-ci, de teinte grise, a une consistance ferme. C'est la couche essentielle de l'ovaire, car c'est dans son épaisseur qu'on rencontre les vésicules, que l'on a appelées *ovisacs, vésicules de Graaf*. Elle est fondamentalement constituée par du tissu conjonctif dans lequel on rencontre éparses çà et là les vésicules précédentes à divers stades de développement et forme autour de la substance centrale une coque ou écorce d'environ 1 millimètre d'épaisseur. — Les vésicules de Graaf, dont les plus jeunes ne sont pas visibles à l'œil nu, varient de la grosseur d'un pois à celui d'une petite cerise lorsqu'elles ont atteint leur époque de maturité. A cet état elles font saillie à la surface de l'ovaire sous la forme d'une vésicule transparente composée :

1° D'une enveloppe fibreuse, *tunique externe* de l'ovisac, adhérente au tissu de l'ovaire et parcourue par de nombreux vaisseaux sanguins.

2° D'une deuxième enveloppe de nature épithéliale, appliquée à la face interne ou profonde de la précédente et constituée par plusieurs assises de cellules; c'est la *membrane granuleuse* ou *épithélium de l'ovisac.*

3° D'un liquide transparent et visqueux, *liquor folliculi*, qui remplit la cavité de l'ovisac. A un certain endroit, la membrane granuleuse présente un épaississement discoïdal; c'est le *cumulus proligère* ou *disque ovigène,* qui renferme une cellule spéciale, l'*ovule* ou *œuf ovarien.*

Par places on remarque dans la couche corticale des taches jaunes d'ocre, à coupes plissées en collerette, creuses ou pleines, souvent marquées d'un liseré noirâtre ou noir. Ce sont les *corps jaunes*, que l'on a divisés en *corps jaunes de la menstruation*, dont l'évolution est relativement rapide (faux corps jaunes), et en *corps jaunes de la grossesse*, dont l'évolution est plus

lente et demande quatre ou cinq mois pour s'accomplir. Au fond, les corps jaunes sont le résultat de la déhiscence des ovisacs. Ce sont des cicatrices en voie d'évolution qui aboutissent finalement à la réparation fibreuse. L'aspect du corps jaune est dû à la résorption et à la transformation progressive du sang épanché lors de la rupture de l'ovisac qui met l'ovule en liberté; lorsque ce corps est récent, il contient un caillot sanguin dans sa partie centrale.

La substance corticale, enfin, autrement dit la surface de l'ovaire, sauf au niveau du hile, est revêtue par un épithélium cylindrique, l'*épithélium ovarique*, que l'on a considéré à tort pendant longtemps comme l'épithélium péritonéal de l'adulte, mais qui est en réalité le reste de l'épithélium germinatif de la cavité pleuro-péritonéale de l'embryon.

La *couche médullaire* (centrale, vasculaire ou bulbeuse) est une masse rougeâtre, molle, spongieuse, composée avant tout de vaisseaux sanguins, de veines surtout, qu'entourent de toutes

parts du tissu conjonctif et des fibres musculaires lisses. Vers le hile, les veines sont anastomosées en plexus et constituent un véritable tissu caverneux, auquel on a donné le nom de *bulbe de l'ovaire*.

§ 4. — *Migration de l'ovaire.*

On sait que le testicule prend naissance sur les côtés de la colonne lombaire, dans la région des reins, et que ce n'est qu'à une période déjà avancée de la vie fœtale qu'il descend peu à peu vers le canal inguinal pour pénétrer finalement dans les bourses. Eh bien, l'ovaire, comme le testicule, quitte la région lombaire de la colonne vertébrale, où il prend naissance comme le testicule, et, à partir du troisième mois de la vie intra-utérine, il commence le mouvement de descente, auquel on a donné le nom de *migration* ou *descente de l'ovaire*.

Enveloppé dans un pli du péritoine, le *mésovarium*, l'ovaire change de position à partir de

la quatorzième semaine. Jusque-là il était verticalement placé; à partir de cette époque, il s'incline un peu, et commence à descendre vers la fosse iliaque, où il parvient vers la vingtième semaine.

Pendant la première jeunesse, il conserve à peu de chose près cette situation, c'est-à-dire que, comme l'utérus, il reste dans la cavité abdominale à cause que la cavité pelvienne, en raison de son exiguïté à cette période de la vie, ne lui offre pas encore un asile suffisant.

Dans certains cas exceptionnels, il conserve cette position toute la vie. D'autres fois, au contraire, ce qui est une nouvelle anomalie, il descend jusque dans le canal inguinal.

Ces variétés exceptionnelles dans la descente de l'ovaire nous permettront de comprendre plus tard l'ectopie de cet organe que nous rencontrerons dans diverses hernies.

A quelle cause faut-il rattacher la migration de l'ovaire ?

Tout comme celle de la descente du testicule,

la cause de la descente de l'ovaire réside dans des phénomènes de croissance inverses.

Le *gubernaculum testis*, qui provient du ligament inguinal du corps de Wolff, est représenté chez la femme par le ligament rond de l'utérus et le ligament utéro-ovarien. Ce ligament s'engage dans le canal inguinal où il entraîne le péritoine, en donnant lieu au *diverticule vaginal* ou *diverticule de Nuck ;* il s'unit à quelques faisceaux des muscles larges de l'abdomen qui, plus tard, représenteront le muscle crémaster de l'homme. Le raccourcissement *relatif* de ce ligament inguino-génital peut donc contribuer à faire descendre l'ovaire, comme le fait le *gubernaculum testis* par rapport au testicule.

Nous verrons plus tard la vascularisation de l'ovaire, son origine et son développement.

ARTICLE II

DES TROMPES UTÉRINES

La *trompe utérine*, *trompe de Fallope*, *oviducte*, est un canal que l'on a comparé à une trompette militaire (d'où son nom), reliant l'ovaire à l'utérus.

§ 1er. — *Forme.*

La longueur des trompes varie le plus ordinairement de 12 à 15 centimètres, et leur volume va en augmentant de l'utérus vers l'ovaire.

On leur décrit deux portions : une *interstitielle* ou *pariétale*, et une *libre* ou *abdominale*.

La portion interstitielle est engagée dans la paroi de l'utérus, au niveau de son angle supérieur, et s'ouvre dans la cavité de ce dernier organe par un petit orifice, au plus large de 2 milimètres, appelé *ostium uterinum* ou *orifice utérin* de la trompe. Sa longueur est de 3 centimètres environ, celle de l'épaisseur de la

paroi utérine. L'œuf se développe parfois accidentellement dans cette portion de la trompe (grossesse interstitielle).

La *portion abdominale* est divisée en *isthme*, *ampoule* et *pavillon*. L'*isthme* ou segment interne est une partie rectiligne ou faiblement arquée, longue de 3 à 4 centimètres, épaisse de 3 millimètres, dure au toucher, et présentant une lumière qui laisse à peine passer une soie de porc.

L'*ampoule* ou segment intermédiaire est curviligne dans son ensemble, flexueuse dans son trajet, enroulée même en tire-bouchon dans certains cas, comme cela se voit couramment chez le fœtus et le nouveau-né. Elle est longue de 6 à 7 centimètres et large de 7 millimètres; sa cavité admet facilement une sonde cannelée, et dans le cas où cette portion a conservé sa disposition spiralée, elle présente des alvéoles séparées par des crêtes semi-lunaires, ce qui n'est pas sans rappeler la disposition des vésicules séminales de l'homme. C'est en ce point que se développent les kystes et les abcès, qui consti-

tuent l'hydrosalpinx, l'hémosalpinx et le pyosalpinx.

Le *pavillon*, ou segment externe, est un entonnoir évasé, que l'on a comparé au pavillon d'une trompette. Cette portion, découpée en dentelures ou franges, flotte dans l'abdomen. Quand on l'examine sous l'eau, il a l'aspect d'une corolle à une ou plusieurs rangées de pétales.

L'une de ses franges, qui sont ordinairement au nombre de 12 à 15, tapisse le ligament tubo-ovarique. Cette frange, *frange-ovarique*, est disposée en gouttière, mais n'atteint que rarement l'ovaire.

Le *ligament tubo-ovarique*, *ligament fibro-musculaire*, sert à guider l'application de la trompe sur l'ovaire au moment de la chute de l'ovule : si donc il y a des adhérences qui unissent le pavillon à d'autres organes, l'ovulation, comme le dit fort bien Gallard, est entravée, l'œuf ne pouvant être recueilli à sa sortie de la vésicule de Graaf.

Au fond et au centre de l'entonnoir tubaire, on voit un orifice étroit, large de 1 à 2 millimètres, l'*ostium abdominale* de la trompe, au niveau duquel la muqueuse du canal tubo-utérin est en continuité avec la séreuse abdominale, de telle sorte que la cavité péritonéale communique avec la cavité utérine, et par elle avec l'extérieur par l'intermédiaire du canal vulvo-vaginal.

La cavité de la trompe, sur une coupe transversale du conduit, est remarquable par ses plis radiés.

§ 2. — *Rapports.*

Quelles sont les relations exactes entre le pavillon de la trompe utérine et l'ovaire ? C'est là une question à laquelle on a répondu d'une manière différente de divers côtés. L'ovaire est libre, la trompe est très mobile, et ne tient à l'ovaire que par un ligament assez long qu'on voit mal en train d'approcher le pavillon de l'ovaire. Et cependant l'ovule passe de l'ovaire dans l'o-

viducte. Est-ce par coaptation du pavillon à l'ovaire, dont les franges, comme les doigts d'une main ou les griffes d'une patte, viendraient s'appliquer sur l'ovaire comme à la surface d'une bille ? Ou bien, au contraire, l'œuf arrive-t-il dans le pavillon de la trompe en cheminant dans la gouttière de la frange tubo-ovarienne où il serait poussé par un courant séreux ? Quoi qu'il en soit, comme le remarque Rouget, la disposition anatomique même de l'ovaire et de la trompe chez la femme semble avoir été prévue par la Nature dans un but malthusien pour restreindre au minimun les chances de la fécondation.

Elle est placée entre ces deux organes, faiblement rattachée à l'ovaire par un mince ligament, le *ligament tubo-ovarique*, continue avec l'utérus, dont elle est un prolongement tubaire, complètement enveloppée par le péritoine dans l'un des replis du ligament large, l'aileron supérieur de ce ligament.

Les trompes partent des angles latéraux et

supérieurs de l'utérus et se portent en dehors vers l'ovaire.

§ 3. — *Structure.*

La trompe est constituée par trois tuniques superposées ; une muqueuse, une musculeuse et une séreuse.

La *membrane muqueuse* se distingue de celle de l'utérus, qui est lisse et rosée, par sa pâleur et ses plis. Ceux-ci sont des excroissances de la membrane et ne s'effacent pas par la distension. Dans l'ampoule, ils sont anastamosés les uns avec les autres de façon à donner lieu à une surface gaufrée. L'épithélium qui recouvre la surface libre de cette muqueuse est un épithélium cylindrique cilié : ses cils se meuvent du pavillon vers l'utérus. Un pont péritonéal sépare l'ovaire de la muqueuse des franges. Il n'y a pas de glandes, quoique la muqueuse secrète un mucus assez abondant.

La *tunique musculeuse* est composée de deux couches, d'une couche interne circulaire

et d'une couche externe longitudinale. C'est cette dernière qui constitue en grande partie, par un de ses faisceaux, le ligament tubo-ovarien (*musculus attrahens tubæ*).

Cette tunique est l'agent du mouvement péristaltique de la trompe, qui se propage de l'ovaire vers l'utérus. Comme le mouvement des cils vibratiles de la muqueuse, ce mouvement vermiculaire a pour but de conduire l'ovule dans la matrice.

La *tunique séreuse* est constituée par le péritoine qui forme l'aileron supérieur ou moyen du ligament large. Cet aileron forme un long méso-salpinx qui enveloppe la trompe et lui permet une grande mobilité. C'est pour cela qu'on la rencontre dans les positions les plus diverses. Le long du bord inférieur de la trompe, les deux lames du méso s'écartent pour laisser pénétrer dans les parois de l'organe les vaisseaux et les nerfs.

Nous verrons plus loin l'origine et les anomalies de l'oviducte.

ARTICLE III

DE L'UTÉRUS

L'*utérus* ou *matrice* (fig. 1) est un organe creux, à parois épaisses et musculeuses, situé dans

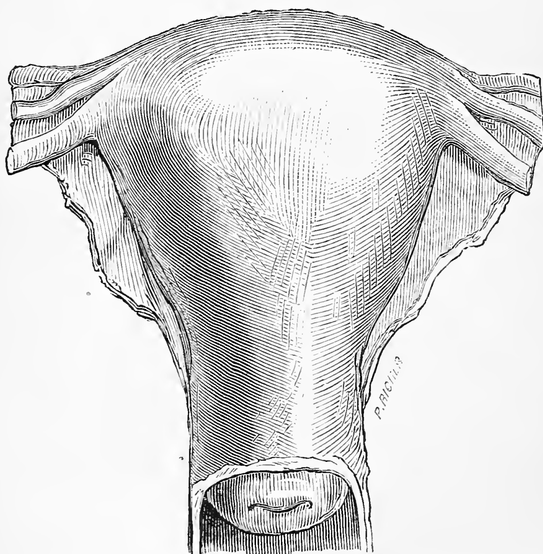


Fig. 1. Conformation extérieure de l'utérus à l'état normal.

l'excavation du bassin, entre la vessie et le rectum, destiné à recevoir l'œuf fécondé, à lui four-

nir un abri propice pour son développement pendant la gestation, et à l'expulser enfin lorsqu'il est arrivé à terme.

§ 1er. — *Forme.*

La forme de l'utérus a été comparée à celle d'une poire tapée.

Il a deux faces, une antérieure, presque plane; l'autre postérieure, bombée. Ses bords, qui sont latéraux, sont épais, à deux lèvres et servent tous deux de hile à l'organe.

Le fond ou base est épais et arrondi, droit ou même échancré au milieu chez la femme impare, convexe chez la femme qui a eu des enfants. Le sommet fait saillie dans le vagin ; il est circulaire et percé d'une orifice, orifice externe de l'utérus, — arrondi chez la nullipare, en forme de fente transversale chez la femme qui a conçu. Ce dernier aspect donne au sommet de l'utérus la forme d'une saillie avec une bouche limitée par deux lèvres saillantes et lui a valu le nom de *museau de tanche*.

Dans le jeune âge un étranglement circulaire, *isthme de l'utérus,* divise la matrice en deux moitiés renflées : une supérieure, le *corps ;* une inférieure, le *col.* Cette forme en sablier s'efface à peu près tout à fait chez les femmes qui ont eu des enfants.

Le corps comprend les deux tiers ou les trois quarts supérieurs ; le col, renflé en barillet, est divisé en deux portions par l'insertion circulaire du vagin : une supérieure ou sus-vaginale; une inférieure ou vaginale. Cette dernière constitue le museau de tanche.

Le poids et le volume, l'épaisseur des parois et la forme de l'utérus varient, même à l'état normal, même en dehors de la gestation, dans des limites assez étendues, suivant l'âge de la femme, selon qu'elle est ou non à une période menstruelle, qu'elle a eu ou non des rapports sexuels, enfin qu'elle a eu on non des enfants.

Son poids moyen, qu'on peut évaluer à 40 ou 45 grammes, augmente, ainsi que son volume,

à mesure que la femme avance en âge, jusqu'à l'époque de la ménopause, après laquelle il commence à décroître. Que l'utérus de la femme qui a eu des enfants augmente en volume, cela se conçoit. Cette matrice, qui a acquis un poids plus de vingt fois plus grand que celui qu'elle a hors l'état de gestation (900 à 950 gr. au lieu de 45 gr.), ne revient jamais à son état primitif après la parturition ; elle s'atrophie bien en vertu d'un travail régressif qui tend à la faire rentrer dans ses anciennes dimensions, mais ce retrait n'est jamais assez complet pour qu'il ne reste aucune trace de l'hypertrophie passagère, surtout si de nouvelles grossesses viennent arrêter le mouvement rétrograde en voie d'exécution. Mais une nouvelle grossesse ne surviendrait-elle pas, que la congestion mensuelle cataméniale suffit à elle seule, par sa reproduction périodique et régulière, à produire cette hypertrophie progressive qui s'accumule avec le renouvellement, même chez la fille vierge, c'est-à-dire avec l'âge. — Chez la femme qui a des

rapports sexuels, le coït, à son tour, détermine des congestions, plus passagères, il est vrai, mais dont le retour plus ou moins répété n'est pas sans ajouter son action à celles des congestions menstruelles, et ainsi s'explique pourquoi l'utérus de la femme déflorée, nullipare, est toujours plus volumineux que celui de la femme vierge, sans atteindre toutefois celui de la femme qui a eu des enfants.

Divers auteurs ont publié des tableaux qui résument les mensurations utérines. Qu'il nous suffise de dire que la longueur de l'utérus est le plus souvent de 6 centimètres chez les femmes déflorées nullipares, de 7 centimètres chez les femmes pares, et qu'elle n'atteint généralement pas tout à fait 6 centimètres chez les vierges ; que la largeur, mesurée entre l'insertion des deux trompes, varie de 38 à 40 millimètres chez les vierges, de 40 à 45 chez les déflorées nullipares, et monte à 45 et au delà chez les multipares ; que l'épaisseur subit une progression analogue variant de 20 millimètres, épaisseur de la ma-

trice de la femme vierge, à 25 millimètres qui est l'épaisseur de celle de la multipare. L'épaisseur des parois croît de la même façon de huit à douze millimètres environ.

La *direction* de l'utérus a donné lieu à beaucoup de discussions. Les uns admettent que la matrice est droite, les autres inclinée en avant (antéversion), certains qu'elle n'a pas de position absolument fixe. On peut adopter qu'à l'état normal elle est à peu près verticale, avec une légère antéversion (15 à 20°). Par conséquent, l'utérus ne confond son axe ni avec celui du détroit supérieur, ni avec celui de la cavité pelvienne. Cette position n'est que peu influencée par le degré de distension de la vessie et du rectum dans les conditions habituelles. Il est ordinaire enfin de trouver l'utérus un peu incliné à droite ou à gauche (latéro-version). Quant à la rétro-version, elle paraît être anormale.

Par rapport à lui-même, l'utérus n'est pas rectiligne; il est légèrement arqué en avant (anté-

courbure). Il fait de plus avec le vagin un angle obtus, ouvert en avant (fig. 2).

§ 2. — *Rapports.*

La face antérieure du corps de la matrice est

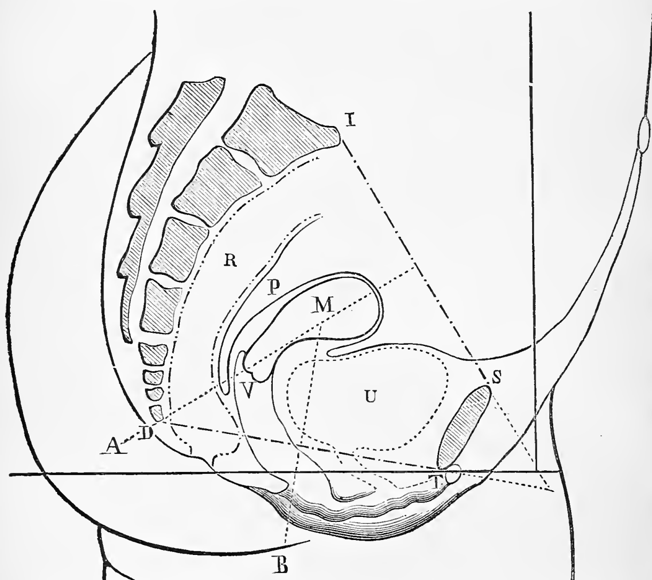


Fig. 2. Coupe antéro-postérieure du bassin montrant la situation et la direction de l'utérus ainsi que ses rapports avec les organes voisins.

I, promontoire; — S, pubis; — M, utérus; — V, vagin; R, rectum; — U, vessie.

en rapport avec la vessie, mais comme cette face

est recouverte par le péritoine qui se réfléchit de là pour aller tapisser la vessie et constitue entre ces deux organes le *cul-de-sac vésico-utérin*, dans lequel descendent les anses intestinales, le rapport de la face antérieure de l'utérus avec la vessie n'est pas immédiat. Il n'en est pas de même du col qui touche le bas-fond de la vessie auquel il adhère par du tissu cellulaire qui permet le glissement des deux organes l'un sur l'autre. Cette contiguïté explique l'existence des fistules utéro-vésicales, la propagation des inflammations, des tumeurs malignes.

La face postérieure répond au rectum, ordinairement sans interposition d'anses intestinales. De ce rapport découlent les propagations inflammatoires des deux organes, l'exploration de l'utérus par le rectum, etc. — Cette face est tout entière recouverte par le péritoine, qui de là se porte sur le rectum, en formant le *cul-de-sac utéro-rectal*.

Les bords latéraux répondent à l'insertion des ligaments larges.

La base ou fond, libre dans l'abdomen, est en contact avec l'intestin, et reste au-dessous du plan du détroit supérieur du bassin, chez la femme pubère. Chez le fœtus, au contraire, l'utérus est dans la cavité abdominale, et descend peu à peu dans le bassin chez la petite fille.

Le sommet est libre dans le vagin, où il fait saillie.

§ 3. — *Moyens de fixité.*

Les liens qui retiennent l'utérus et le fixent au bassin dans sa position sont : Les *ligaments larges* ou *latéraux ;* les *ligaments* ronds ou *antérieurs ;* les *ligaments utero-sacrés* ou *postérieurs.*

Ouvrez l'abdomen d'une femme : lorsque vous aurez relevé l'intestin, vous n'apercevrez que le fond de l'utérus, n'arrivant pas tout à fait à la hauteur du pubis. Il forme au milieu du petit bassin une sorte de cloison transversale, complétée latéralement par deux replis

péritonéaux, qui ont été appelés *ligaments larges* de l'utérus. Cette cloison divise l'excavation pelvienne en deux compartiments : l'un antérieur, occupé par la vessie; l'autre postérieur, contenant le rectum. Supérieurement ces trois organes sont séparés les uns des autres; inférieurement ils sont unis les uns aux autres. Cette union, toutefois, ne s'étend pas jusqu'au sommet de l'utérus, car ce sommet fait saillie dans le vagin. La matrice se trouve donc ainsi divisée en deux portions, l'une qui fait saillie dans la cavité abdominale, l'autre qui fait saillie dans la cavité vaginale. La première est revêtue par le péritoine, la seconde par une muqueuse qui se continue avec celle du vagin. Au point où le péritoine se détache de l'utérus pour se porter sur les organes voisins il y a un vide ; ce vide, comblé par du tissu conjonctif, c'est le *tissu cellulaire péri-utérin*, tissu très important, qui occupe les bords latéraux de l'utérus et le pourtour de la portion sus-vaginale ou portion abdominale, du col et qui y forme une sorte d'anneau

où viennent s'attacher tous les ligaments utérins ; c'est pourquoi Aran a appelé cette zone de tissu cellulaire, *axe suspenseur de l'utérus*.

Les *ligaments larges* sont deux larges replis du péritoine, étendus transversalement et de champ, des bords latéraux de l'utérus à la paroi du bassin, et renfermant dans leur cavité un certain nombre d'organes. Ainsi disposés, ils constituent une sorte de cloison qui contient l'utérus dans son épaisseur et divise le petit bassin en deux chambres. De forme quadrilatère, on les a comparés aux ailes d'une chauve-souris. Constitués par deux feuillets péritonéaux accolés, l'un antérieur, l'autre postérieur, ils ont un bord libre ou supérieur, qui flotte dans l'abdomen subdivisé en trois ailerons, échelonnés d'avant en arrière : le plus antérieur contient le ligament rond ; l'intermédiaire, qui est aussi le plus élevé des trois, renferme la trompe utérine ; le postérieur contient l'ovaire et le ligament utéro-ovarien. Leur bord inférieur répond à l'aponévrose pelvienne (plancher du bassin) ; large,

parce que c'est à ce niveau que les deux feuillets s'écartent l'un de l'autre pour se porter, l'un sur la vessie, l'autre sur le rectum, il contient au milieu d'une couche de tissu cellulaire continue avec celle qui entoure le col, les vaisseaux utéro-ovariens et l'uretère.

Leur bord externe s'ouvre pour se continuer avec le péritoine pariétal du bassin. Leur bord interne s'ouvre également pour se fixer aux lèvres correspondantes des bords de l'utérus. Il contient entre ses deux feuillets l'artère utérine et les plexus veineux correspondants.

Les ligaments larges, avons-nous dit, sont constitués par deux feuillets péritonéaux, entre lesquels on trouve une atmosphère celluleuse mêlée de fibres musculaires lisses et traversée par des vaisseaux et des nerfs. Très mince dans le méso-salpinx, le péritoine, comme l'a remarqué le professeur Renaut, est doublé d'une membrane fibreuse, fenétrée dans toute sa partie inférieure. Plus haut, au contraire, il est doublé par une couche irrégulière de

fibres lisses qui émanent, le long des bords de l'utérus, de la couche musculaire superficielle de cet organe. Plus ou moins développée, cette nappe musculaire peut s'hypertrophier dans certains cas de prolapsus utérin, comme Luschka en a rapporté un exemple. Sous le péritoine ainsi doublé, on trouve une couche cellulo-adipeuse où cheminent la trompe utérine, le ligament rond antérieur et le ligament rond postérieur de l'utérus ainsi que les vaisseaux et nerfs utéro-vaginaux. Vers le plancher du bassin, cette couche celluleuse s'épaissit et se continue d'une part avec le fascia sous-péritonéal et d'autre part avec le tissu cellulaire qui entoure le col de la matrice, et ce que Mme Boivin et Dugès ont appelé la *tunique utéro-sous-péritonéale* et Charpy, *la gaîne des vaisseaux*.

C'est le vaste espace qui occupe la base du ligament large et qui est le siège du phlegmon du ligament large.

Les *ligaments ronds* ou *antérieurs de l'utérus* sont deux cordons arrondis, qui naissent

des angles supérieurs et des bords latéraux de l'utérus, au-dessous de l'origine des trompes, et se portent vers le canal inguinal qu'ils traversent pour aller se perdre, en se dissociant, dans l'épaisseur de la grande lèvre correspondante et le mont de Vénus. Dans leur trajet pelvien, ils sont contenus dans un pli du péritoine (aileron antérieur du ligament large); au niveau de l'orifice interne du canal inguinal, ils embrassent en anse l'artère épigastrique correspondante, et là ils adhèrent suffisamment au péritoine pour qu'en tirant sur eux, on déprime le péritoine en entonnoir. Chez le fœtus, le péritoine les accompagne même jusque dans le canal inguinal où il forme un petit diverticule, appelé *canal de Nuck*, mais dont l'existence ne me paraît pas absolument démontrée.

L'*opération d'Alexander* consiste à raccourcir ces ligaments pour ramener en avant un utérus en rétroflexion.

Le ligament rond de l'utérus est composé de fibres musculaires lisses dans la plus grande

partie de son trajet abdominal; ces fibres se continuent avec les fibres superficielles de l'utérus. Dans son trajet inguinal, il renferme des fibres striées qui viennent des muscles transverse et petit oblique de l'abdomen et représentent le crémaster de l'homme. Au centre du cordon, on trouve du tissu cellulaire où cheminent l'artère funiculaire ou crémastérine; un plexus veineux, qui s'étend des plexus utéro-vaginaux à la veine épigastrique et fémorale, plexus qui acquiert un développement considérable pendant la grossesse et dans certains cas de varices; quelques lymphatiques et un rameau du nerf génito-crural.

Les *ligaments utéro-sacrés* ou *postérieurs de l'utérus* sont étendus de la portion sus-vaginale du col utérin où ils se continuent avec les fibres musculaires de l'organe aux côtés du rectum pour une faible part, à la troisième vertèbre sacrée pour la majeure partie. Constitués par des fibres musculaires lisses, ces ligaments sont arqués ou cintrés, et soulèvent le péritoine en un repli, plus ou moins bien détaché, que l'on a

appelé *pli semi-lunaire ou falciforme de Douglas*. C'est entre les plis de Douglas de chaque côté, le rectum en arrière et l'utérus en avant, que descend le péritoine pour former le cul-de-sac utéro-rectal ou *cul-de-sac de Douglas*, qui descend jusque sur le vagin, disposition importante à se rappeler en chirurgie et que ne présente pas le cul-de-sac utéro-vésical.

Ainsi fixé par ses ligaments qui l'amarrent aux parois du bassin ; en contact immédiat avec les autres viscères de l'abdomen, l'utérus subit sans doute les variations de pression comme les autres organes abdominaux, mais, aussitôt que la pression cesse, il revient à sa position normale par la seule élasticité et tonicité de ses câbles. Le ligament large en particulier est un véritable ligament suspenseur ; il suffit de l'étudier chez les quadrupèdes pour s'en convaincre

Aux ligaments larges sont annexés des organes embryonnaires inutilisés, l'*hydatide de la trompe* d'une part, et l'*organe de Rosenmüller* de l'autre.

L'*hydatide de Morgagni* est une vésicule suspendue à un pédicule grêle et long qui s'attache à une des franges du pavillon ou au bord libre du méso-salpinx.

L'*organe de Rosenmüller* (parovaire) est contenu entre les deux lames de l'aileron de la trompe, au-dessus de l'ovaire. Il se compose de quinze à vingt canalicules qui vont s'embrancher à la façon des dents d'un peigne sur un canal collecteur commun dirigé horizontalement. Le canal collecteur peut exceptionnellement se prolonger le long des parties latérales de l'utérus et du vagin, où il constitue dès lors le *canal de Gärtner*.

Ce dernier persiste ordinairement chez un certain nombre d'animaux adultes, notamment la vache, la pouliche, la truie, où il vient s'ouvrir à la vulve sur les côtés du méat urinaire. Chez un tiers des femmes, on en retrouve les vestiges.

L'organe de Rosenmüller, qui représente la tête de l'épididyme de l'homme, est un reste avorté du corps de Wolff, de même que son

canal collecteur est l'homologue du canal déférent du mâle.

§ 4. — *Cavité utérine.*

La matrice est creusée d'une cavité très

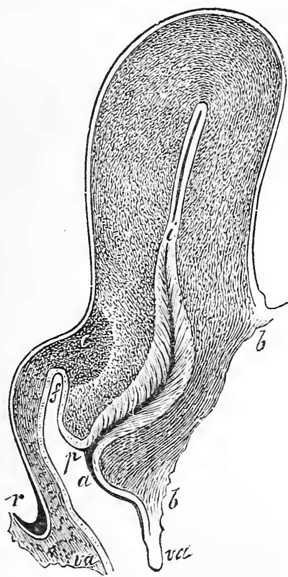


Fig. 3. Coupe antéro-postérieure de l'utérus.

va, paroi antérieure du vagin ; — *b*, *b*, région du col adhérente au bas-fond de la vessie ; — *a*, lèvre antérieure du museau de tanche — *p*, lèvre postérieure ; — *f*, cul-de-sac postérieur du col ; *i*, cavité de l'utérus ; — *r*, cul-de-sac utéro-rectal.

étroite, qui se présente chez la nullipare, hors l'état de menstruation et de gestation, comme une simple fente (fig. 3) frontalement dirigée. Dans le corps de l'utérus, cette cavité est trian-

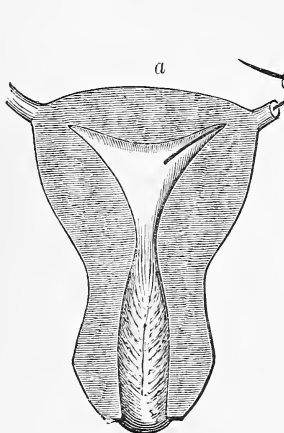


Fig. 4. Utérus de nullipare, coupe latérale.

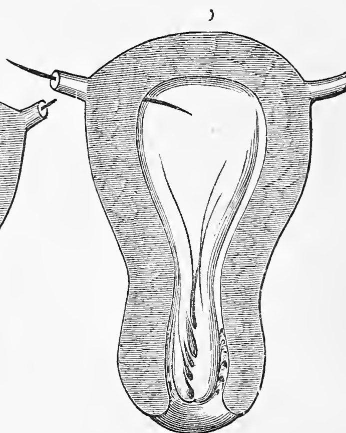


Fig. 5. Utérus de pare, coupe latérale.

gulaire, et les trois bords qui la limitent sont bombés chez la nullipare (fig. 4), et au contraire creusés chez la femme pare (fig. 5).

Les angles supérieurs sont évidés en entonnoirs et présentent l'embouchure des trompes.

Cet orifice est très petit; aussi comprend-on peu l'idée de Tyler Smith qui a conseillé de cathétériser les trompes pendant la vie. Cet ostium peut-il être franchi par une injection utérine forcée, de telle façon que le liquide aille se répandre dans le péritoine, comme on l'a dit, d'après certains cas de péritonites consécutives à ces sortes d'injection? La chose est possible. Toutefois Puech rapporte que sur trois cents cas de rétention menstruelle, cet orifice n'a été forcé que seize fois.

L'angle inférieur est occupé par un autre orifice, l'orifice interne du col.

La *cavité du col*, dont la longueur égale ou dépasse même celle du corps chez la nullipare et n'occupe plus que le tiers de la longueur de la cavité cervico-utérine chez la multipare, est fusiforme, un peu aplatie d'avant en arrière, de sorte qu'on lui a considéré une paroi antérieure et une paroi postérieure, sur chacune desquelles court de haut en bas une saillie verticale, en forme de pilastre. De chacun de ces pilastres ou

troncs, se détachent à droite et à gauche des nervures saillantes, qui, de même que les troncs d'ailleurs, ne se superposent pas, mais s'engrènent les unes avec les autres comme pour mieux fermer la cavité. C'est à ces tiges palmées que l'on a donné le nom d'*arbres de vie*, feuille de fougère du col utérin.

Cette cavité s'ouvre dans l'utérus par un orifice très étroit chez la nullipare, plus large chez la femme qui a eu des enfants, *orifice interne* ou *utérin du col,* qui est moins un trou qu'un détroit et dont la longueur est d'environ cinq à six millimètres. Cet orifice correspond à l'isthme de l'utérus. C'est un point délicat à franchir dans le cathétérisme utérin de la nullipare. Chez les femmes âgées, il est fréquent de le trouver oblitéré, ainsi que Félix Guyon l'a fait observer.

A son extrémité inférieure, la cavité du col s'ouvre par un autre orifice, l'*orifice externe* ou *vaginal du col*, dans le vagin. Cet orifice est étroit et représente une ouverture circulaire ou une fente transversale lisse et régulière chez la

femme vierge ou nullipare (fig. 6) ; chez la femme qui a eu des enfants, il a la forme d'une



Fig. 6. Orifice externe du col de l'utérus, chez la nullipare.

fente béante, irrégulière, fissurée sur plusieurs points (fig. 7). Ces fissures, qui sont des cicatrices et qui résultent de déchirures produites pendant l'accouchement, sont ordinaires, mais

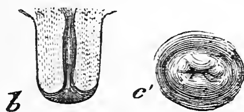


Fig. 7. Orifice externe du col de femme qui a eu des enfants.

non pas constantes cependant ; ce qu'il importe de ne pas méconnaître en médecine légale.

La cavité utérine contient trois à quatre centimètres cubes de liquide chez la femme impare, cinq à six chez la femme pare ; sa longueur

chez la première est d'environ cinq centimètres, avec extrêmes de quatre à sept, et chez la seconde de six centimètres, avec écarts de cinq à huit; sa largeur maximum égale à peu près la moitié de la longueur.

§ 5. — *Structure.*

L'utérus est composé de trois tuniques : une tunique externe, séreuse, que lui fournit le péritoine ; une moyenne, de nature musculaire ; une interne, membrane muqueuse.

La *tunique péritonéale* ou *séreuse* revêt la partie antérieure du corps, le fond et toute la face postérieure de l'utérus. En avant, le col est donc dépourvu de péritoine ; en arrière il est tapissé par la séreuse abdominale, puisque celle-ci descend jusque sur le vagin avant de se réfléchir sur le rectum. Mais au niveau du col, cette tunique n'adhère plus intimement à la matrice ; elle y adhère seulement par l'intermédiaire d'un tissu cellulaire (tissu cellulaire paracervical) qui permet le glissement de l'organe

sur sa loge péritonéale, et explique pourquoi dans les déchirures du col ou l'amputation de cet organe, le péritoine n'est généralement pas ouvert.

La *tunique musculaire* est composée de trois couches : une externe de fibres longitudinales, irrégulières, qui se continuent latéralement avec les fibres du ligament ovarique, du ligament rond, du ligament utéro-sacré et le feuillet musculaire du ligament large. Sur l'utérus gravide, on rencontre une bande médiane bien nette. — Une couche moyenne de fibres circulaires, remarquable par les anneaux qu'elle forme autour de l'embouchure des trompes et de l'orifice interne du col (sphincter de l'isthme) et par les grosses veines dont elle est trouée (sinus veineux utérins). — Une couche interne de fibres longitudinales, qui s'interpose entre les culs-de-sac des glandes et forme les saillies qui constituent les arbres de vie.

La *tunique muqueuse* a des caractères différents dans le corps et dans le col. Dans le corps,

elle est lisse et rosée hors l'état cataménial ; à l'époque de la fluxion menstruelle, elle est rouge, tomenteuse, boursouflée, triplée d'épaisseur, ponctuée de points hémorrhagiques. Pendant la gestation, elle devient la *membrane caduque*, s'élimine et se régénère après l'accouchement. Son épithélium est un épithélium cylindrique, cilié seulement pendant la période d'activité génitale (de la puberté à la ménopause). Des glandes en tubes nombreuses s'enfoncent dans la muqueuse et jusque dans l'épaisseur de la tunique musculaire.

La muqueuse du col est plus dense et plus blanche que celle du corps ; elle n'est ni menstruelle ni puerpérale. Elle est revêtue d'un épithélium analogue à celui de la muqueuse du corps dans la partie sus-vaginale du col ; mais dans la portion vaginale, cet épithélium fait place transitionnellement à un épithélium cylindrique stratifié, puis pavimenteux stratifié, semblable à celui du vagin. Dans les sillons de l'arbre de vie, débouchent des glandes en grap-

pes qui sécrètent un mucus épais, et dont la transformation kystique par occlusion de leur goulot donne naissance aux petites tumeurs perlées que Naboth (1694) avait pris pour des œufs (*œufs de Naboth*). Quant au museau de tanche, il est recouvert par la muqueuse du vagin.

Nous verrons plus loin les vaisseaux et les nerfs de l'utérus, ainsi que son origine embryonnaire et son développement.

ARTICLE IV

DU VAGIN

Le vagin est un conduit musculo-membraneux qui relie le col utérin à la vulve. C'est la poche copulatrice.

Attaché à ses deux extrémités, en haut à l'utérus, en bas au périnée, le vagin est faiblement dirigé en haut et en arrière, de 15° environ; par conséquent, chez la femme debout, il peut être considéré comme vertical, et horizontal chez la femme couchée. Il faut savoir cependant

que, chez certains sujets, il est plus incliné en arrière (30° environ), la symphyse pubienne dans ces cas étant inclinée de 45° environ sur la verticale, tandis que dans une autre catégorie, avec symphyse pubienne inclinée d'à peu près 70°, il est dirigé en haut et en avant. Dans la première catégorie de femmes, la cambrure lombaire est peu accusée, les fesses sont plates et surbaissées et la vulve est extérieure et très apparente, provocatrice, si j'osais écrire ce mot; dans la seconde catégorie, les reins sont fortement cambrés, les fesses hautes et saillantes et la vulve, comme par pudeur, est cachée entre les cuisses.

Considéré par rapport à l'utérus, le vagin ne continue pas la direction de cet organe; il est coudé sur lui d'environ 15°, et forme avec lui un angle obtus à sinus antérieur.

§ 1er. — *Forme.*

Sa longueur varie de huit à neuf centimètres, et si la verge en érection qui mesure quatorze ou

quinze centimètres y trouve facilement place, c'est que le vagin est très élastique et s'allonge avec facilité. Cette longueur est du reste sujette à de nombreuses variations. Le calibre du vagin, sujet aussi à de très nombreuses variations individuelles, augmente de la vulve au col utérin.

La cavité de l'organe est purement virtuelle, et dans l'état de vacuité les parois antérieure et postérieure du conduit sont appliquées l'une contre l'autre, de telle sorte que dans une coupe transversale, le vagin se présente sous la forme d'une fente transversale d'environ vingt-cinq millimètres de long et coupée de petits jambages à ses extrémités. La paroi postérieure est plus longue que l'antérieure et forme avec le col utérin un cul-de-sac qu'exagère le coït (*fausses routes vaginales* de Pajot).

La *cavité du vagin* est remarquable par ses plis dont l'ensemble constitue ce que l'on a appelé la *lyre du vagin*. De ces plis, deux sont longitudinaux et médians, ce sont les *colonnes du*

vagin. La colonne postérieure est peu développée d'ordinaire ; la colonne antérieure, au contraire, est saillante et vient se terminer sous la forme d'un tubercule, *tubercule vaginal*, juste au-dessous du méat urinaire qu'il peut servir à découvrir dans le cathétérisme exécuté à l'aveugle. Les plis transversaux (crêtes ou rides du vagin) sont des bourrelets qui partent des colonnes et se portent vers les bords du vagin. Les deux genres de plis sont constitués par du tissu caverneux, et sont d'autant plus développés que le sujet est plus jeune. Chez la petite fille, ils forment des lamelles molles, analogues aux valvules conniventes de l'intestin. La nature semble les avoir créées pour les utiliser lors de la distension du vagin.

§ 2. — *Rapports.*

Le vagin est en rapport en avant avec la base de la vessie et les uretères dans sa moitié supérieure, et avec l'urèthre dans sa moitié inférieure. Dans ses deux tiers inférieurs, l'urèthre

est comme creusé dans la paroi antérieure du vagin. Ces relations expliquent la cystocèle vaginale, les fistules vésico et uréthro-vaginales. En arrière, il répond au rectum auquel il s'adosse pour former la cloison recto-vaginale. En haut, il en est séparé par la cavité de Douglas, en bas par le corps du périnée.

De chaque côté, le vagin est en rapport avec un large plexus veineux, et de haut en bas, il répond à la base du ligament large, le tissu cellulaire sous-péritonéal et l'uretère, puis l'aponévrose pelvienne ou périnéale supérieure, le releveur de l'anus et le bulbe du vagin. Dans sa contraction, le releveur de l'anus, qui prend insertion sur la gaîne fibreuse du vagin, entraîne ce conduit, comme le rectum d'ailleurs, vers le pubis et, au dire de Budin, serait capable, chez certaines femmes, d'empêcher, à leur gré, l'entrée ou la sortie de la verge pendant le coït.

L'extrémité supérieure du vagin embrasse le col utérin et se continue directement avec lui. Elle forme autour de cet organe une rigole circu-

laire plus profonde en arrière (*cul-de-sac postérieur*) qu'en avant (*cul-de-sac antérieur*) et sur les côtés (*culs-de-sac latéraux*). Le cul-de-sac antérieur répond au bas-fond de la vessie par l'intermédiaire du tissu cellulaire péri-cervical ; le cul-de-sac postérieur répond au rectum, mais par l'interposition du cul-de-sac péritonéal utéro-rectal dans une étendue de 25 millimètres, le tissu cellulaire péri-cervical et quelques veines utéro-vaginales; les culs-de-sac latéraux correspondent avec la base du ligament large, l'uretère, le coude de l'artère utérine et les veines utéro-vaginales. Toutes ces relations sont fort importantes à retenir en chirurgie opératoire.

§ 3. — *Structure.*

Le passage de la tête du fœtus à travers le vagin pendant l'accouchement nous dit toute son élasticité ; la partie la moins extensible est l'anneau vulvaire, où nous rencontrerons la membrane hymen.

La paroi du vagin, épaisse de 3 à 4 millimè-

tres, est composée de trois tuniques superposées : une externe, cellulo-fibreuse ; une moyenne de nature musculaire, constituée par deux couches de fibres, les unes circulaires, internes, les autres longitudinales, externes, qui se continuent en haut avec la couche superficielle du col utérin et les ligaments utéro-sacrés, et se fixent en bas sur les branches ischio-pubiennes et l'aponévrose périnéale moyenne ; enfin, une tunique interne, la muqueuse vaginale.

La *muqueuse vaginale* est lisse ou plissée, suivant l'âge de la femme et ses conditions physiologiques ; épaisse de 1 millimètre à 1 millimètre 1/2, de coloration vineuse pendant la grossesse (à retenir pour la diagnose de l'état de gestation au début), elle est très adhérente à la tunique musculeuse sous-jacente. Elle ne peut pas plus glisser ou se déplisser que la muqueuse utérine, mais, comme elle est très élastique, elle peut effacer ses plis en les étirant. Revêtue d'un épithélium pavimenteux stratifié, elle ne contient pas de glandes. Son derme, riche en fibres élastiques, est

soulevé en de nombreuses papilles qu'on ne voit pas, parce qu'elles sont enfoncées dans l'épithélium. En haut, elle se réfléchit sur le museau de tanche ; en bas, elle se continue avec la muqueuse vulvaire. C'est à ce dernier niveau que l'on trouve l'hymen.

ARTICLE V

DE L'HYMEN

L'*hymen* est un repli membraneux formé par un prolongement de la muqueuse vaginale, qui, chez les vierges, ferme incomplètement l'entrée du vagin. D'après Budin, il ne serait autre chose que l'extrémité inférieure du vagin faisant saillie dans le vestibule.

L'existence de l'hymen peut être considérée comme constante, fait à retenir en médecine légale, encore que dans des cas rares il soit très rudimentaire.

§ 1er. — *Forme.*

L'hymen affecte différentes formes qu'on peut ramener à trois principales :

1° La *forme en croissant* ou *semi-lunaire* (fig. 8), de beaucoup la plus fréquente, dans la-

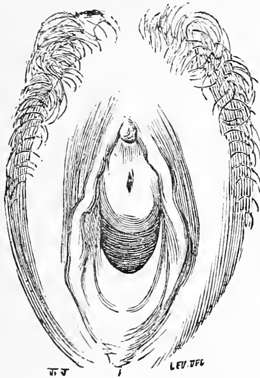


Fig. 8. Hymen semi-lunaire.

quelle l'orifice se trouve à la partie antérieure, le bord convexe ou adhérent de la membrane occupant la paroi postéro-latérale de l'anneau vulvaire, le bord concave tourné en avant, et les

deux extrémités, qui s'effilent de plus en plus, venant se terminer de chaque côté du tubercule vaginal ;

2° La *forme annulaire* ou *en diaphragme*,

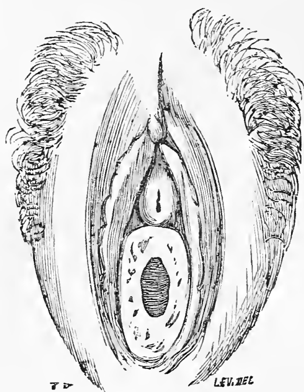
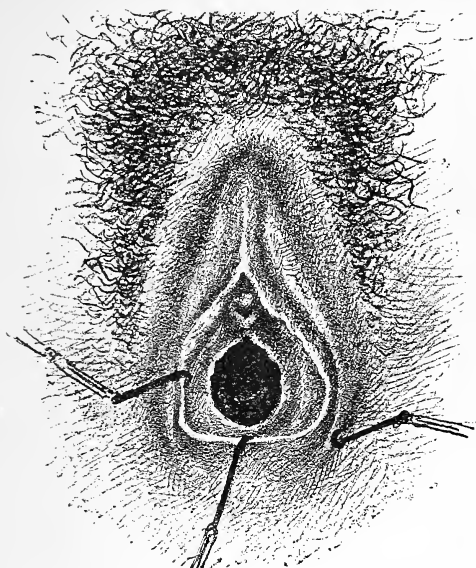


Fig. 9. Hymen annulaires.

quand il existe un anneau avec ouverture plus ou moins centrale (fig. 9 et 10);

3° La *forme linéaire* ou *labiée*, quand il y a deux lèvres verticales, plus ou moins frangées, limitant une fente antéro-postérieure (fig. 11 et 12).



Fg. 10. Hymen annulaire d'une jeune fille de 17 ans.

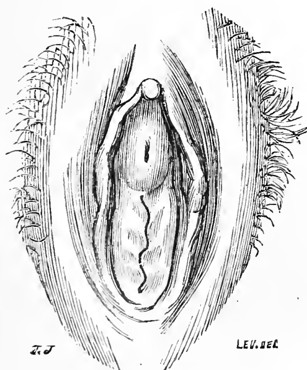


Fig. 11. Hymen labié.

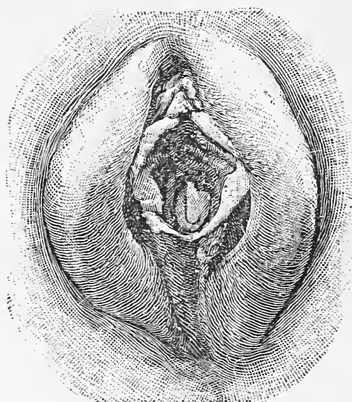


Fig. 12. Hymen labié.

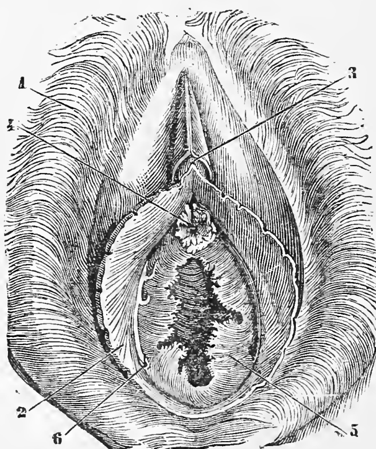


Fig. 13. Hymen frangé.

Il faut savoir aussi que l'hymen peut être naturellement frangé (fig. 13) ou être remplacé par une simple bride (fig. 14).

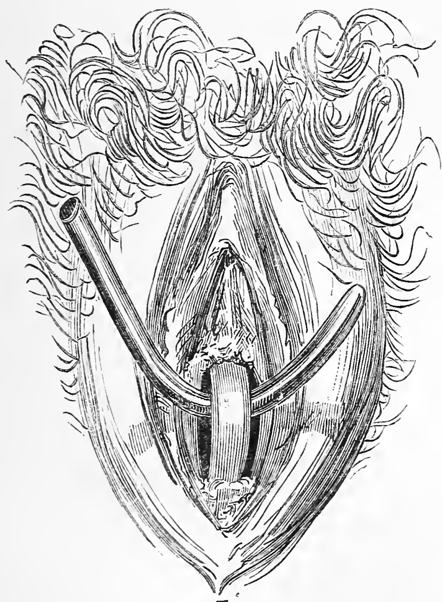


Fig. 14. Bride verticale remplaçant l'hymen. (Huguet.)

Ce sont là des dispositions importantes en

médecine légale et qui doivent tenir toujours très circonspect le médecin expert (1).

Dans certains cas, l'hymen n'est pas perforé et ferme complètement l'entrée du vagin. Nous étudierons plus tard les inconvénients de ce vice de conformation.

§ 2. — *Structure.*

Dans tous les cas, l'hymen est composé d'un pli de la muqueuse vulvo-vaginale dans lequel s'enfonce une lame de tissu conjonctif et élastique qui forme comme le squelette de la membrane et contient les vaisseaux et nerfs de l'organe. Cette membrane est assez vasculaire pour que sa déchirure donne toujours lieu à une petite hémorrhagie; elle est assez épaisse dans certains cas pour être un obstacle au coït; dans d'autres circonstances, elle est assez extensible et élastique pour permettre l'introduction du pénis, ou de tout autre corps étranger, sans se

(1) Voy. Ambroise Tardieu, *Etude médico-légale sur les attentats aux mœurs*, 7e édit. Paris, 1878, — Vibert, *Précis de médecine légale*. Paris, 1889, 2e édition.

rompre. Il résulte de ce que nous venons de dire que si l'hymen est à bon droit considéré comme le signe matériel de la virginité, ce signe n'a cependant pas une valeur absolue.

Quoi qu'il en soit, en règle générale, l'hymen est rompu par les premiers rapports sexuels. La forme de la déchirure est variable. Le plus souvent la membrane est divisée en trois ou quatre lambeaux qui se rétractent et se transforment peu à peu en un tubercule ou une sorte de crête de coq, que l'on a comparé à une baie de myrte et appelé *caroncule myrtiforme*. D'autres fois après la déchirure, il reste des lambeaux flottants, et dans certains cas une bride circulaire, un anneau hyménal.

On reconnaîtra que la déchirure de l'hymen est récente à son aspect rouge saignant, à la boursouflure de ses bords, caractères précieux à retenir lorsqu'il s'agit d'affaires de viol ou d'attentats à la pudeur (1). On reconnaîtra, au con-

(1) Voyez Tardieu, *Etude médico-légale sur les attentats aux mœurs*, édition. Paris, 1878.

traire, un hymen naturellement frangé à l'absence de rougeur et de toute trace d'inflammation.

L'hymen apparaît vers le cinquième mois de la vie fœtale; il n'est pas spécial à l'espèce humaine, car on le rencontre chez certains animaux.

Nous verrons un peu plus loin que l'origine et la valeur morphologique de l'hymen sont encore sujet à contestation.

Tandis que depuis Blandin, en France, Henle, en Allemagne, on admet généralement que l'hymen est une simple saillie de l'extrémité inférieure du vagin, une sorte de bourrelet membraneux ou de collerette de l'entrée du vagin, — opinion que plus récemment P. Budin a fait sienne et sur laquelle il a longuement insisté. — S. Pozzi, en France, a résolument contesté cette théorie. Pour lui, l'hymen est indépendant du vagin ; il appartient aux organes génitaux externes, et il en donne comme preuve, — à son avis péremptoire, — les anomalies

plusieurs fois constatées (Pozzi, Hofmann, Grohe, Zweifel, Las Cazas de Santos, etc.) de l'existence de l'hymen dans l'absence complète du vagin.

ARTICLE VI

DES VAISSEAUX ET DES NERFS DES ORGANES GÉNITAUX INTERNES

§ 1er. — *Artères.*

L'ovaire et l'utérus ont une circulation des plus riches, non point pour leur propre nutrition, mais pour subvenir aux frais de la menstruation et de la parturition.

L'ovaire tire son artère, *artère ovarienne*, directement de l'aorte abdominale ; celle-ci descend dans le bassin, s'engage dans le ligament large et fournit une branche ovarique et une branche tubaire.

L'utérus est alimenté en sang rouge par l'*artère utérine*, qui vient de l'hypogastrique, se

porte transversalement vers le col en suivant la base du ligament large, se coude à ce niveau et remonte ensuite le long du bord latéral de l'utérus pour s'anastomoser avec l'ovarienne au niveau de l'insertion de la corne utérine. Chemin faisant, elle fournit, au niveau de son coude, un bouquet de petites artères, dont les unes se rendent au vagin et à la vessie, les autres au col utérin, et parmi ces dernières, une branche transversale qui s'anastomose avec celle du côté opposé pour former le cercle artériel d'Huguier. Plus haut, au niveau du corps de la matrice, l'utérine donne une quinzaine de bouquets artériels aux parois de l'utérus. Ces dernières artères sont remarquables par leur disposition enroulée en tire-bouchon, caractère qu'on retrouve du reste sur toutes les artères des organes exposés à des changements rapides de volume.

Une dernière petite artère vient s'unir aux précédentes, c'est l'artère du ligament rond, *artère funiculaire*, qui vient de l'épigastrique et remonte vers l'utérus en suivant le ligament rond.

Le vagin a une artère spéciale, l'*artère vaginale*, qui vient de l'hypogastrique en suivant à peu près le chemin de l'utérine jusqu'au col utérin, puis s'infléchit en bas pour gagner le bord correspondant du vagin qu'elle longe tout en fournissant des branches pour les parois antérieure et postérieure du canal, et aussi d'importants rameaux pour le col de la vessie, l'urèthre et le bulbe du vagin.

§ 2. — *Veines.*

Les veines sont analogues aux artères.

Au niveau du hile de l'ovaire, on trouve un riche plexus, le *plexus ovarique*, qui se déverse dans le *plexus sous-ovarique;* ce dernier, en compagnie de veines émanées du corps de l'utérus et de la trompe, va constituer le *plexus pampiniforme*, qui remonte dans la région lombaire au milieu des fibres musculaires du ligament rond postérieur ou utéro-lombaire, et finalement se résout en une veine unique, la *veine ovarienne*, qui se jette dans la veine cave à droite,

suivant une incidence oblique, la veine rénale à gauche en incidence droite. On a attribué à cette dernière disposition la plus grande fréquence du varicocèle ovarien à gauche.

Les réseaux veineux sous-muqueux de l'utérus aboutissent à un système de *sinus* béants, creusés au milieu de la tunique musculaire de la matrice, bien développés seulement pendant la gestation et au milieu desquels plongent les houppes vasculaires du placenta. Les vaisseaux du fœtus baignent dans ces sinus comme dans des lacs de sang, et on comprend de la sorte comment peuvent se faire les échanges entre le sang du fœtus et celui de la mère. Ce sont ces vastes espaces sanguins, ouverts après l'accouchement, qui exposent aux hémorrhagies et aux infections puerpérales. C'est une porte ouverte aux contages de toutes sortes, sur laquelle l'accoucheur doit toujours veiller avec attention. Ces sinus se déchargent dans des *plexus utérins*, qui occupent les bords latéraux de la matrice et s'étendent sans interruption du plexus ovarien

au plexus vaginal. A leur tour, ces plexus aboutissent à la *veine utérine*, qui se rend dans la veine hypogastrique. Ils s'anastomosent avec ceux de la vessie et du rectum, de sorte que toute la circulation veineuse du petit bassin est commune aux différents viscères qui y sont contenus.

Il y a une dernière veine à mentionner : c'est la *veine plexiforme du ligament rond*, qui communique avec l'utéro-ovarienne et descend vers le canal inguinal où elle aboutit à la veine épigastrique et à la veine fémorale. C'est une veine de dérivation pour le sang de l'utérus pendant la grossesse.

Les *veines vaginales*, très volumineuses, naissent des réseaux de la muqueuse et de la musculeuse du vagin; elles émergent au dehors et se réunissent en larges plexus, *plexus vaginaux*, qui sont reliés en haut aux plexus utérins, en bas aux plexus du bulbe, en avant aux plexus vésicaux et en arrière aux veines hémorrhoïdales. Ces plexus se concentrent en une

veine, la *veine vaginale*, qui se déverse dans la veine hypogastrique.

§ 3. — *Vaisseaux lymphatiques.*

Les *vaisseaux lymphatiques* de l'utérus naissent d'un triple réseau : le réseau de la muqueuse, celui de la musculeuse, et le réseau sous-séreux. Les vaisseaux efférents des réseaux lymphatiques ovariens, tubaires et utérins suivent trois voies, comme les vaisseaux sanguins qu'ils accompagnent, pour aboutir à leurs réservoirs ganglionnaires. Le premier groupe suit le ligament rond et aboutit aux ganglions inguinaux; — le second vient du col, suit l'artère utérine et se rend dans les ganglions latéraux de la cavité pelvienne, et pour certains de ces troncs dans les ganglions sacrés; — le troisième provient du corps de l'utérus, monte vers la corne utérine, suit l'artère ovarienne dans le ligament large, s'unit aux lymphatiques ovariens et tubaires, et avec eux, va se jeter dans les ganglions lombaires.

Ces lymphatiques, —sans compter les veines, — sont autant de canaux qui peuvent charrier les produits septiques et déterminer des abcès des culs-de-sac utéro-vésical et utéro-rectal, du ligament large, de la fosse iliaque, du bassin, etc., alimentés par les foyers utérins. Le cancer du col infecte les ganglions pelviens latéraux et accessoirement les ganglions sacrés; —celui du corps se propage à la chaîne lombaire et peut aussi gagner les ganglions iliaques et inguinaux par les lymphatiques du ligament rond.

Presque tous les *vaisseaux lymphatiques* du vagin s'accolent aux lymphatiques cervicaux et vont se rendre avec eux dans les ganglions pelviens latéraux. Un petit nombre cependant, venus de la région de transition vulvo-vaginale, se rend aux ganglions inguinaux.

§ 4. — *Nerfs.*

Les *nerfs de l'utérus* viennent des troisième et quatrième nerfs sacrés et du grand symphatique par l'intermédiaire des plexus hypogastriques.

Ces nerfs pénètrent dans l'organe par ses hiles latéraux ; la plupart se portent dans un ganglion situé sur les côtés du col, le ganglion de Frankenhœuser.

Les nerfs du vagin viennent du plexus hypogastrique.

ARTICLE VII

DE LA VULVE

La *vulve* est l'ensemble des parties génitales externes de la femme, c'est-à-dire le *pénil* ou *mont de Vénus*, les *grandes* et les *petites lèvres*, le *clitoris* et le *vestibule* dans lequel s'ouvrent : le *méat urinaire*, l'orifice inférieur du *vagin* et les *glandes vulvo-vaginales*.

La vulve offre de grandes variétés individuelles; son visage, opposé au visage facial, a exercé la verve d'Huguier (1). Au demeurant,

(1) Huguier, *Mémoire sur les maladies des appareils sécréteurs des organes génitaux externes de la femme* (*Mém. de l'Acad. de médecine*, 1850, t. XV, p. 527).

elle se présente essentiellement sous la forme d'une fente longitudinale, longue de 6 à 7 centimètres, bordée de chaque côté par deux rebords saillants, appelés *grandes lèvres*. Fermée chez les

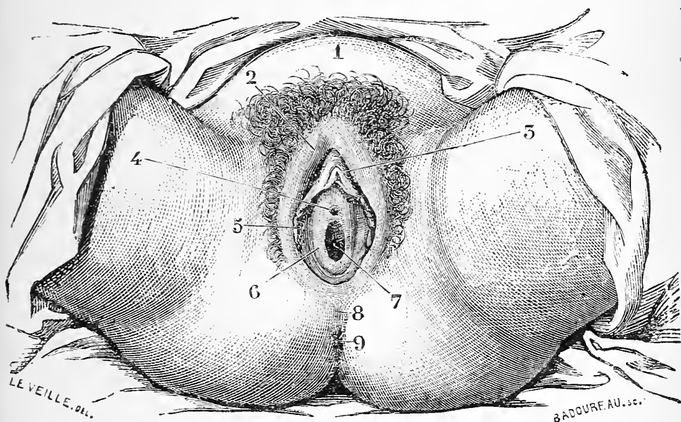


Fig. 15. Vulve.

1, mont de Vénus ou pénil; — 2, grandes lèvres; — 3, clitoris; — 4, meat urinaire; — 5, petites lèvres; — 6, orifice du vagin; — 7. hymen; — 8, périnée: — 9. anus.

femmes grasses, béante chez les sujets amaigris, elle est horizontalement située dans la station verticale; comme le remarque Charpy, elle regarde cependant un peu en avant chez les femmes

à bassin droit; légèrement en arrière, au contraire, chez les femmes fortement cambrées.

§ 1er. — *Mont de Vénus ou pénil.*

On nomme ainsi un bourrelet triangulaire cutanéo-adipeux surmontant la vulve et qui se recouvre de poils à partir de la puberté.

§ 2. — *Grandes lèvres.*

Les grandes lèvres sont deux bourrelets cutanés volumineux, qui s'adossent par leur face interne et limitent la fente vulvaire. Ces bourrelets commencent en avant sur le mont de Vénus très près l'un de l'autre, mais sans former de commissure, et, en se réunissant à la partie postérieure et médiane au-devant du périnée, forment un repli, une commissure mince, qui limite en bas l'entrée de la vulve ; c'est la *fourchette* qui se rompt assez souvent dans les efforts d'un accouchement laborieux. En avant de la four-

chette, on voit une petite dépression qui la sépare de l'entrée du vagin ou de l'insertion de l'hymen, c'est la *fosse naviculaire*.

La face externe et le bord libre des grandes lèvres, tous deux convexes et arrondis, sont pigmentés et recouverts de poils; la face interne, plane, se met en rapport avec la petite lèvre et la grande lèvre du côté opposé. Cette face est lisse, rosée ou plus ou moins pigmentée, et n'a que des poils follets. Le bord adhérent est fixé à la branche ischio-pubienne et à l'aponévrose crurale par des tractus fibreux.

Les grandes lèvres sont des replis de la peau, dans lesquels le volume et le nombre des glandes sébacées et sudoripares sont remarquables. Elles représentent un double scrotum non soudé. A la face profonde de la peau, on trouve un feuillet rougeâtre de fibres musculaires lisses, analogue à celui qui constitue le dartos des bourses de l'homme. Comme le scrotum, elles sont attachées en haut par un appareil suspenseur élastique. Le fascia abdominal leur fournit

des lamelles aponévrotiques et élastiques qui se fixent à leur face profonde et limitent des espaces comblés par du tissu cellulo-adipeux, qui leur donne et leur maintient leur forme. Les lames élastiques sont disposées de façon à constituer une sorte de sac ouvert à l'anneau inguinal par son col qui reçoit le ligament rond avec ses veines et une masse adipeuse enveloppée dans une poche fibreuse, et confondu par son fond avec les fascias du périnée et de la cuisse. C'est le *sac dartoïque* de Broca, qui donne à la grande lèvre sa fermeté, sac qui n'est pas absolument l'analogue du sac dartoïque des bourses, et qu'il vaudrait mieux simplement appeler *sac adipeux* de la grande lèvre, en raison de la boule graisseuse constante qu'il contient.

A titre exceptionnel, l'extrémité du ligament rond peut être accompagnée dans ce sac par un diverticule du péritoine, le canal de Nuck, et donner lieu à une hernie congénitale.

Sous le nom d'*hydrocèle de la femme*, on a décrit aussi des tumeurs séreuses de la grande

lèvre, qu'on a considérées comme des kystes développés aux dépens du canal de Nuck.

§ 3. — *Petites lèvres.*

Les petites lèvres ou *nymphes* (gardiennes des eaux, gardiennes du temple) sont deux replis cutanés d'aspect muqueux situés à la face interne des grandes lèvres, au pourtour de l'entrée du vestibule.

Leur longueur est variable, mais à l'état normal elles ne doivent pas déborder la vulve. Chez certaines peuplades de l'Afrique elles peuvent atteindre un volume exagéré, 15 à 20 centimètres, et constituer ce que l'on a appelé le *tablier des Hottentotes*.

Leur extrémité postérieure se perd insensiblement sur la paroi interne de la grande lèvre; exceptionnellement elle s'étend jusqu'à la fourchette. Leur extrémité antérieure se bifurque, et chacune de ces bifurcations va se réunir sur la ligne médiane à celle du côté opposé; l'inférieure

s'insère à la face inférieure du clitoris, où elle forme le *frein du clitoris*, qui maintient cet organe en arc regardant en bas; la supérieure passe au-dessus du clitoris et forme avec celle du côté opposé une sorte de bonnet qui recouvre le clitoris et que l'on a appelé le *capuchon* ou *prépuce du clitoris*.

La petite lèvre est formée par une sorte de peau de transition, dans laquelle on trouve des glandes sébacées, apparaissant chez la petite fille seulement, n'arrivant à leur plein développement qu'à la puberté et s'atrophiant après la ménopause. Ce sont ces glandes qui produisent cette sécrétion blanchâtre, onctueuse, à odeur pénétrante, qui donne à la vulve son odeur particulière, en quelque sorte si nuancée qu'elle est presque spéciale à chaque femme, et sert à conserver la souplesse des tissus, en prévision des rapports sexuels et de l'accouchement.

Le derme de cette peau à apparence de membrane muqueuse porte de nombreuses papilles enfouies dans l'épiderme et renfermant des cor-

puscules de sensibilité, *corpuscules de la volupté*, où viennent se terminer les nerfs.

Enfin, dans l'épaisseur de ce pli cutané qui constitue la petite lèvre, on trouve du tissu fibro-élastique renfermant des plexus veineux.

§ 4. — *Vestibule de la vulve.*

Le vestibule de la vulve est une cavité infundibuliforme, située entre les petites lèvres et où viennent déboucher le vagin et l'urèthre. On comprend dès lors que certains anatomistes aient subdivisé le vestibule en *antichambre uréthrale* et en *antichambre vaginale*.

Le *méat urinaire* limite en bas l'antichambre uréthrale; fermé ou entr'ouvert, disposé en fente linéaire ou radiée, il surmonte le tubercule vaginal et, comme ce tubercule, il est plus ou moins exposé ou enfoncé. Il est ordinairement entouré d'un bourrelet muqueux plus ou moins régulier, sur lequel on remarque de chaque côté l'ouverture des *deux grands sinus juxta-uréthraux*, dont la profondeur varie de 2 à 20 mil-

limètres, et auxquels peut-être il faut rapporter ce que l'on a décrit sous le nom de *canaux accessoires de l'urèthre.*

Le vestibule est profond chez la petite fille, chez laquelle il forme un véritable *canal vulvaire* où s'exécutent les attentats sans défloration. Si le coït est habituel dans ces conditions, l'hymen peut être refoulé et on assiste dès lors à la formation d'un véritable entonnoir de copulation, qui est encore beaucoup plus marqué chez les femmes auxquelles les rapprochements sexuels n'ont pu enlever l'hymen.

§ 5. — *Clitoris.*

Le clitoris est un organe érectile, homologue aux corps caverneux de la verge de l'homme.

Il naît des branches ischio-pubiennes du bassin par deux racines, *racines du clitoris*, longues de 4 centimètres, qui convergent au-devant de la symphyse du pubis et s'unissent pour former un corps cylindroïde, le *corps du clitoris*, long de 3 centimètres environ et ter-

miné par une extrémité mousse, engaînée dans un capuchon que lui forment les petites lèvres, et à laquelle on a donné le nom de *gland du clitoris*. Comme la verge, il est suspendu au pubis par un appareil élastique, le *ligament suspenseur du clitoris*.

Dans la muqueuse du gland, d'origine vulvaire, on trouve de nombreuses papilles avec des corpuscules de sensibilité (*corpusçules génitaux*, *corpuscules de la volupté*), qui font du clitoris un organe de sensibilité génésique de premier ordre.

§ 6. — *Bulbes du vagin.*

Les bulbes du vagin sont deux organes érectiles placés de chaque côté de l'ouverture du vagin, à la façon de deux sangsues gorgées de sang. Par leur base, ils répondent à la fosse naviculaire ; par leur sommet, ils se fusionnent entre le clitoris et le méat urinaire, de façon à représenter dans leur ensemble une sorte de corps en fer à cheval ; par leur bord antérieur,

ils répondent à la base des petites lèvres; par leur base, ils sont fixés au ligament de Carcassonne ou aponévrose moyenne du périnée; par leur face interne, ils embrassent l'extrémité inférieure du vagin et de l'urèthre.

Le bulbe du vagin est l'homologue du bulbe de l'urèthre de l'homme. C'est un anneau érectile, qui se gorge et s'érige, pendant l'orgasme vénérien, de façon à enserrer le membre viril du mâle pendant la copulation et à exalter par là la sensibilité génitale.

§ 7. — *Glandes de Bartholin.*

A l'exception des glandes de Bartholin, aucune glande ne débouche dans le vestibule de la vulve, car les glandes mucipares qu'on y a décrites ne sont que des sinus muqueux. Découverte par Duverney chez la vache, décrite pour la première fois par Bartholin chez la femme, la *glande de Bartholin*, *glande vulvo-vaginale*, est une glande en grappe de la grosseur d'une amande d'abricot, dont le canal excréteur, long

de 15 à 20 millimètres, vient s'ouvrir de chaque

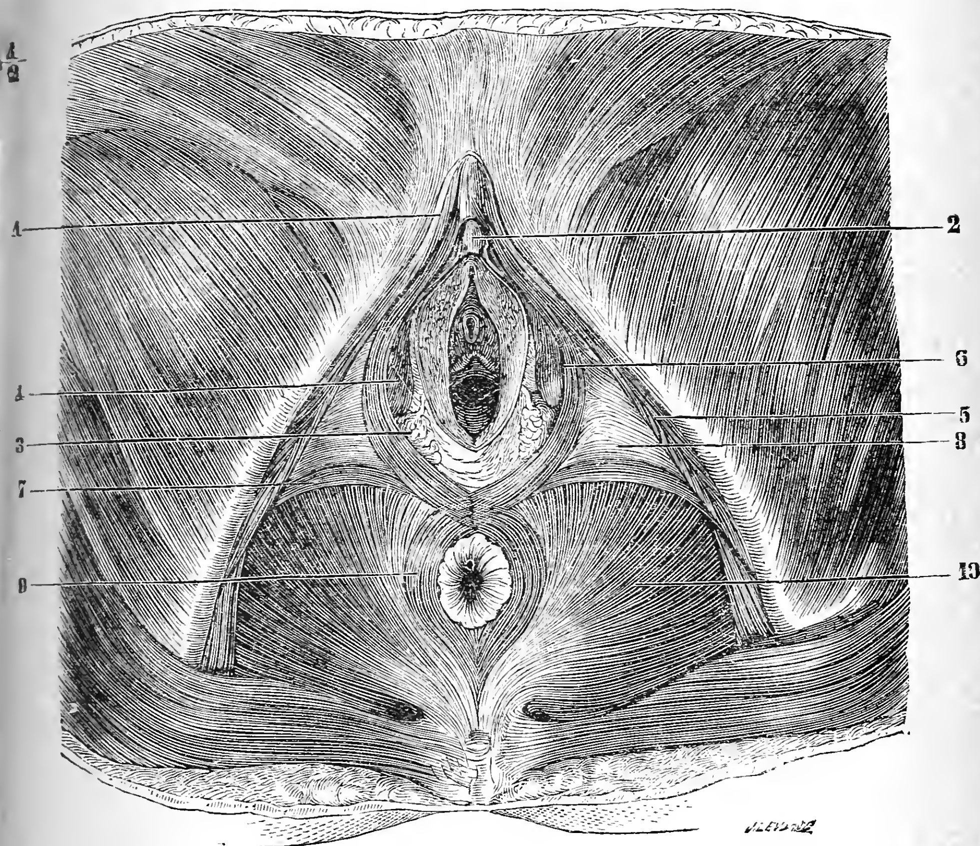


Fig. 16. Muscles du périnée chez la femme (muscles de l'anus et de l'entrée du vagin).

1, racines du clitoris; — 2, clitoris; — 3, glande de Bartholin; — 4, bulbe du vagin; — 5, muscle ischio-caverneux; — 6, constricteur du vagin; — 7, transverse du périnée; — 8, aponévrose moyenne du périnée; — 9, sphincter externe de l'anus; — 10, muscle releveur de l'anus.

côté du vestibule, en avant de l'insertion de l'hymen ou de ses restes, les caroncules myrtiformes.

Les deux glandes de Bartholin (fig. 16, 3) sont situées de chaque côté de l'entrée du vagin, entre la paroi de ce conduit auquel elles adhèrent et le bulbe du vagin qui les recouvre. Elles sont sujettes à de grandes variations de volume d'un sujet à l'autre, d'un côté à l'autre même, et paraissent acquérir un maximum de développement pendant l'activité génésique. Huguier admet que leur volume augmente avec le nombre des excitations sexuelles et qu'il est en rapport direct avec celui des ovaires et du clitoris. Les glandes de Bartholin sont les homologues des glandes de Cowper du mâle; comme ces dernières, elles secrètent un liquide clair et filant qui est projeté seulement pendant le spasme vénérien et constitue la seule éjaculation de la femme.

On comprendra qu'aucune excitation des parties génitales ne puisse avoir lieu sans qu'elle

retentisse aussitôt sur ces glandes, quand on saura qu'elles reçoivent leurs vaisseaux et leurs nerfs de la même source que ceux qui se rendent à l'orifice vulvo-vaginal et au clitoris.

Il n'est pas rare de voir l'inflammation blennorrhagique virulente se réfugier dans ces glandes et donner lieu à la *Bartholinite vénérienne.*

§ 8. — *Appareil vasculaire sanguin de la vulve.*

L'appareil vasculaire sanguin de la vulve est tributaire des vaisseaux hypogastriques et cruraux; l'appareil lymphatique, des ganglions inguinaux. Cette disposition est essentielle à se rappeler en pathologie.

§ 9. — *Musculature de la vulve.*

Un appareil musculaire (fig. 16) semblable à celui de l'homme est annexé aux organes génitaux externes dans le but de déterminer l'érection et d'accomplir le coït.

Il y a donc de chaque côté :

Un *ischio-caverneux*, qui chasse le sang dans le clitoris qu'il érige;

Un *bulbo-caverneux* ou *constricteur du vagin*, qui rétrécit l'entrée du vagin et comprime le bulbe dont il chasse par saccades le sang vers le clitoris;

Un *transverse superficiel du périnée*, enfin, qui concourt au même résultat que les deux muscles précédents.

§ 10. — *Variétés dans l'aspect des organes génitaux externes.*

L'aspect des organes génitaux externes offre des variétés suivant l'âge et les habitudes de la femme.

Chez la petite fille, le clitoris, relativement volumineux, et les petites lèvres restent à découvert et font saillie entre les grandes lèvres qui restent écartées. Plus tard, la même disposition peut encore se rencontrer; on la regarde comme l'indice de la masturbation et des attouchements réitérés.

Chez la femme bien portante, les grandes lèvres sont fermes, lisses et vermeilles; elles sont appliquées l'une contre l'autre de façon à cacher le clitoris et les petites lèvres et à fermer l'orifice de la vulve, qui n'apparaît dès lors que sous la forme d'une fente.

Chez la femme qui a eu des enfants, la fourchette a été le plus souvent déchirée, et la vulve reste béante en arrière et en bas.

Les grandes et les petites lèvres ont une valeur morphologique variable. Il n'existe ni grandes lèvres ni mont de Vénus chez les Singes; à peine en reconnaît-on les traces chez les jeunes Anthropoïdes, mais ils ne tardent pas à s'atrophier. Le clitoris et les petites lèvres, au contraire, sont considérables, et le clitoris, dans certaines espèces, acquiert le volume du pénis du mâle. Or, il en est de même chez le fœtus du blanc, chez la petite fille européenne, et chez les femmes des races inférieures, notamment les Cafres, les Abyssiniennes, les Négresses.

Les grandes lèvres et le pénil peuvent donc

être considérés comme des caractères de perfectionnement, le clitoris et les nymphes comme les organes fondamentaux de l'accouplement.

Le tablier, que nous avons mentionné chez les Hottentotes, reparaît quelquefois chez les femmes européennes. Il est remarquable qu'on le voit souvent coïncider avec l'atrophie des grandes lèvres et du mont de Vénus. Dans les pays où il est habituel, il a entraîné la pratique de la circoncision des nymphes.

ARTICLE VIII

DES MAMELLES

Bien que les *mamelles*, les seins de la femme, ne fassent point partie des organes génitaux, nous en donnerons cependant une brève description, parce que, au point de vue physiologique, les glandes mammaires sont intimement liées à l'appareil génital de la femme.

Leurs anomalies sont du reste si curieuses que nous en donnerons plus loin un court aperçu.

§ 1er. — *Forme.*

Rudimentaires chez l'homme, pendant toute la vie, chez la femme jusqu'à la puberté, les mamelles prennent un développement considérable pendant la grossesse et surtout après l'accouchement, pendant la lactation. Leur forme est celle d'une demi-calotte, appliquée sur la paroi antérieure du thorax, de chaque côté du sternum, de la troisième à la septième côte, surmontée en son milieu d'un gros bouton, que l'on appelle le *mamelon*.

Résistante, élastique, bien plantée, provocante chez la jeune fille, elle devient molle, flasque, pendante, chez les femmes maigres, fatiguées ou fanées par l'âge. Les mamelles allongées et pendantes sont un des attributs des races hottentote et cafre.

§ 2. — *Structure.*

La peau qui recouvre la mamelle est lisse, fine et blanche, couverte d'un duvet délicat. Autour du mamelon, on voit une zone, une sorte de couronne, de couleur rosée chez la jeune fille, brune chez les femmes qui ont eu des enfants ; c'est l'*aréole* ou *auréole* du mamelon. Cette auréole est rugueuse par suite de l'infiltration de la peau, à ce niveau, par de grosses glandes sébacées annexées à des follicules pileux. Quelques-unes de ces glandes sont assez développées pour former de petites saillies arrondies, auxquelles on a donné le nom de *tubercules de Morgagni*. Ces glandes, qui prennent un accroissement inusité pendant la grossesse, sont dès lors appelées *glandes de Montgoméry*, et peuvent sécréter du lait pendant l'allaitement.

Le mamelon, de coloration rose ou brune, est recouvert de grosses papilles, entre lesquelles s'ouvrent les conduits galactophores ou

lactifères, c'est-à-dire les conduits excréteurs de la glande mammaire (fig. 17).

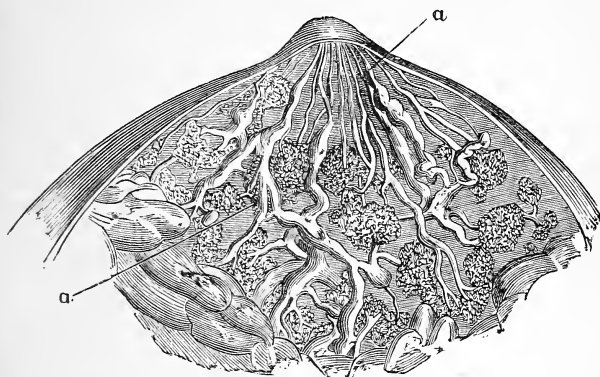


Fig. 17. Mamelle, disséquée pour montrer sa structure.
a, *a*, conduits galactophores prenant naissance dans les lobules glandulaires et s'ouvrant sur le mamelon.

Cet organe contient dans son intérieur des fibres musculaires lisses ; aussi s'érige-t-il sous l'influence des excitations qu'on porte sur lui.

Un grand poète élégiaque français n'a-t-il pas dit :

Avec lenteur sa main voluptueuse
D'un sein de neige entr'ouvre la prison,
Et de la rose il baise le bouton
Qui se durcit sous sa bouche amoureuse...

Au point de vue morphologique, la glande mammaire est une glande qui dérive d'un bourgeonnement de l'épiderme dans la profondeur, au même titre que les autres glandes de la peau (glandes sébacées, glandes sudoripares). C'est une glande en grappe, une glande de la peau, qui s'est spécialisée en s'adaptant à des fonctions nouvelles, en rapport avec la maternité et l'allaitement. Elle est contenue dans un dédoublement du tissu cellulo-adipeux sous-cutané. Ce tissu l'infiltre, lui forme une sorte de gangue dans laquelle cheminent ses vaisseaux et ses nerfs, et, hors l'état de gestation et de lactation, constitue à lui seul presque toute la glande.

La mamelle n'étant qu'une glande cutanée spécialisée et très différenciée, on ne sera pas surpris, plus loin, lorsque nous dirons qu'on a observé des mamelles surnuméraires, tantôt sur la poitrine, d'autres fois sur l'abdomen et même dans le dos.

§ 3. — *Fonctions*.

Pendant les trois ou quatre premiers jours après l'accouchement, la mamelle sécrète un liquide séreux, opalin, que l'on appelle *colostrum*, et qui fait place au liquide émulsif, alcalin, sucré (galactose), gras (beurre) et albuminoïde (caséine) si précieux, le *lait*.

A la naissance, même dans le sexe masculin, la mamelle peut gonfler et donner lieu à un petit écoulement blanchâtre, auquel on a donné le nom de *lait des nouveau-nés*.

Ce phénomène peut se reproduire à la puberté, mais tandis que la glande, qui était restée à peu près la même chez la petite fille et le petit garçon, prend un grand développement chez la jeune fille, elle reste rudimentaire chez l'homme.

A la ménopause, la mamelle est frappée d'atrophie définitive.

CHAPITRE II

DÉVELOPPEMENT DES ORGANES GÉNITAUX

S'il était indispensable d'exposer l'anatomie des organes génitaux de la femme pour fixer exactement l'organisation normale de cette partie de l'économie animale, l'aperçu qui va suivre sur l'origine embryonnaire des mêmes organes n'est pas moins nécessaire pour permettre de se rendre compte du vice de développement qui constitue le plus souvent les cas tératologiques, autrement dit les malformations ou vices de conformation.

Une des lois les mieux établies de la Térato-

logie nous apprend, en effet, que les vices de conformation sont presque invariablement le résultat d'un arrêt ou d'une perversion de développement; d'où il résulte que, pour les expliquer, il faut pouvoir suivre l'évolution de l'organe affecté pendant toute la durée de la vie embryonnaire. Il est donc nécessaire que nous donnions ici une idée de l'embryologie de l'appareil génital.

§ 1er. — *Développement des organes génitaux internes.*

Les organes génitaux internes ont une même origine dans les deux sexes; ils proviennent des corps de Wolff, des canaux de Müller et des glandes génitales. Il en est également de même des organes génitaux externes qui dérivent chez la femelle comme chez le mâle du tubercule génital et des replis génitaux.

Le *corps de Wolff*, *corps d'Oken*, *rein primitif*, est un organe transitoire, un rein éphémère chez les Vertébrés supérieurs qui, déjà bien

développé au trente-cinquième jour de la vie utérine, disparaît à la fin du second mois. Il s'étend de chaque côté de la colonne vertébrale, du fond de la cavité pleuro-péritonéale jusqu'au bassin, et se présente sous l'aspect d'un organe fusiforme et glanduliforme. Il comprend : 1° un conduit excréteur longitudinal, le *canal de Wolff*, qui se porte en bas, où il s'ouvre dans une cavité commune à l'intestin postérieur et à l'allantoïde, appelée *cloaque*; — 2° une quantité de tubes transversaux, d'abord rectilignes, plus tard flexueux, terminés en cul-de-sac par l'une de leurs extrémités et branchés par l'autre sur le canal excréteur précédent. — Ces canalicules, appelés *canalicules du corps de Wolff*, ainsi que le canal de Wolff qui suit la partie antéro-externe du corps glanduleux nommé *corps de Wolff*, sont englobés dans une masse de tissu conjonctif qui les unit ensemble et en forme un corps distinct et autonome. Par leur extrémité borgne, les canalicules englobent un glomérule vasculaire, *glomérule de Malpighi*, que leur

fournit une branche de l'artère aorte, et ainsi se constitue une glande, qui joue temporairement le rôle physiologique des reins; ces derners se développent plus tard au-dessus et en arrière d'elle et nous n'avons pas à nous en occuper ici.

A la partie interne des corps de Wolff, on voit apparaître, vers la cinquième ou sixième semaine, l'ébauche d'un nouvel organe, les *glandes génitales*. Celles-ci se présentent d'abord sous la forme d'une bandelette blanchâtre, qui fait saillie à la partie interne du corps de Wolff. C'est à cette saillie qu'on a donné le nom d'*éminence génitale*. Elle est recouverte par cette partie de l'épithélium pleuro-péritonéal que l'on connaît depuis Waldeyer (1870) sous le nom d'*épithélium germinatif*. C'est de cet épithélium que dériveront les éléments essentiels des glandes génitales, c'est-à-dire les *ovules primordiaux*, ayant, au début, absolument la même valeur morphologique dans les deux sexes, différenciés plus tard en cellules du mâle dans le testicule, et en cellules

de la femelle dans l'ovaire. Les glandes génitales sont donc primitivement des organes indifférents et indéterminés. Elles formeront pourtant plus tard, ou bien un testicule, ou bien un ovaire.

En même temps que ces phénomènes se passent, on voit se former un nouveau conduit parallèle à celui de Wolff et situé un peu en dehors de lui.

Ce conduit, c'est le *conduit de Müller*, ouvert, une fois bien formé, en haut dans la cavité péritonéale, où il constituera plus tard le pavillon de la trompe utérine, fusionné en bas avec son congénère du côté opposé et ouvert dans ce que nous avons appelé *le cloaque*.

Plus tard, les *reins définitifs* se développent en arrière et au-dessus des corps de Wolff qui, de leur côté, sont en voie d'atrophie. Leurs conduits excréteurs, les *uretères*, qui ne sont que des évaginations en doigt de gant de l'extrémité inférieure du canal de Wolf, — ce qui explique, soit dit en passant, les faits d'abouche-

ment des uretères dans les canaux déférents qui sont, chez l'homme, les canaux de Wolff persistants, — les conduits excréteurs des reins ou uretères, disons-nous, vont s'ouvrir dans la *vessie urinaire*. Celle-ci, ainsi que l'*urèthre*, se développe aux dépens de l'*allantoïde*, qui n'est qu'une vésicule, développée aux dépens de la paroi ventrale de l'intestin postérieur de l'embryon. La partie de l'allantoïde qui s'étend de la vessie à l'ombilic ventral constitue l'*ouraque*, qui deviendra le ligament supérieur ou suspenseur de la vessie; la partie qui traverse l'ombilic et se développe en dehors de l'embryon de son côté constituera le placenta fœtal.

La cavité où débouchent les canaux de Wolff, les conduits de Müller et les uretères forme ce que l'on a appelé le *sinus uro génital*, représenté chez l'homme dans l'urèthre postérieur, et chez la femme dans le vestibule du vagin. Mais comme cette cavité communique largement en arrière avec le rectum ou intestin postérieur, on l'a aussi appelée le *cloaque*.

Durant sa vie embryonnaire, l'homme possède donc un cloaque comme les mammifères inférieurs (Monotrèmes), les Oiseaux et les Reptiles.

Jusqu'au troisième mois, aucun phénomène ne révèle la détermination du sexe. Jusqu'à cette époque, l'embryon est de sexe neutre ou indifférent, ou pour mieux dire il possède les éléments des deux sexes, il est hermaphrodite (1).

Mais, à ce moment, l'évolution du corps de Wolff, des conduits de Müller et des glandes génitales, se dirige vers le type mâle ou vers le type femelle.

Si c'est le premier qui doit se développer (fig. 18), les conduits de Müller s'oblitéreront et disparaîtront, en ne laissant de vestiges qu'à leur extrémité inférieure où ils se souderont, pour s'ouvrir dans le sinus uro-génital par un orifice commun, sous la forme de l'*utricule prostatique* ou *vagin mâle*.

En même temps, la partie supérieure ou gé-

(1) Voyez à ce sujet : Ch. Debierre, *l'Hermaphrodisme*. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1891.

nitale du corps de Wolff se met en rapport avec

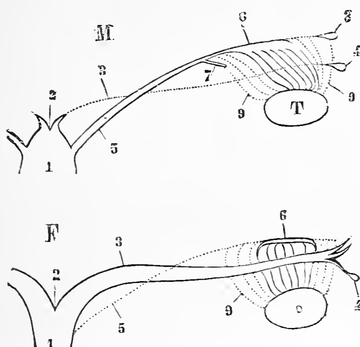


Fig. 18. Formation des organes génitaux internes des deux sexes (Schema).

M. *Type mâle.* — T, testicule ; — 1, sinus uro-génital ; — 2, extrémité inférieure des deux conduits de Müller formant l'utricule prostatique ou vagin du mâle ; — 3, portion du conduit de Müller qui disparaît ; — 4, extrémité libre du même conduit qui forme l'hydatide pédiculée de Morgagni ; — 5, canal de Wolff ; — 6, portion de ce canal correspondant à l'épididyme (le reste correspond au canal déférent) ; — 7, *Vas aberrans* de Haller ; — 8, hydatide sessile ; — 9, portion du corps de Wolff qui disparaît (la partie non ponctuée représente la portion restante qui forme la tête de l'épididyme).

F. *Type femelle.* — O, ovaire ; — 1, sinus uro-génital ; — 2, utérus ; — 3, conduit de Müller formant la trompe de Fallope ; — 4, Extrémité du conduit de Müller formant l'hydatide de la trompe ; — 5, canal de Wolff qui a disparu dans la plus grande partie de son étendue ; — 6, sa portion persistante, formant avec les canaux d'une partie du corps de Wolff l'organe de Rosenmüller, homologue de la tête de l'épididyme ; — 7, partie disparue de corps de Wolff.

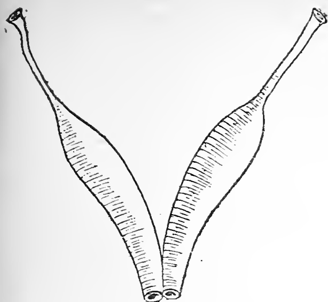
la glande génitale et constitue les cônes ou canaux efférents de la tête de l'épididyme, tandis

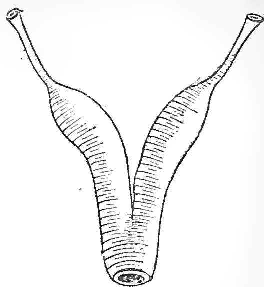
que le corps et la queue de cet organe, ainsi que le canal déférent, — avec son diverticulum, la vésicule séminale, — et les canaux éjaculateurs proviennent du canal de Wolff. La glande génitale se transforme en testicule, et ses ovules primordiaux prennent le cachet d'ovules mâles ou spermatogonies.

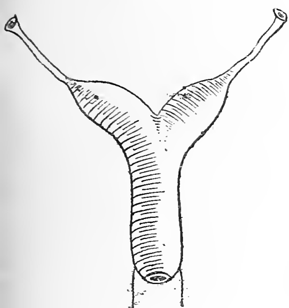
Si, au contraire, l'individu tourne vers le type femelle (fig. 18), la glande génitale se transforme en ovaire et les ovules primordiaux deviennent les œufs ovariens, en même temps que le canal de Müller persiste et que le corps et le canal de Wolff entrent en régression, ne laissant subsister d'eux-mêmes que *l'organe de Rosenmüller* dans l'épaisseur du ligament large. Quant aux conduits de Müller (fig. 19 à 24), ils formeront la trompe de Fallope par leur partie supérieure, et leur partie moyenne et inférieure se fusionnera

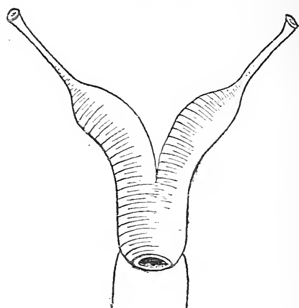
Fig. 19 à 24. Développement de l'utérus.

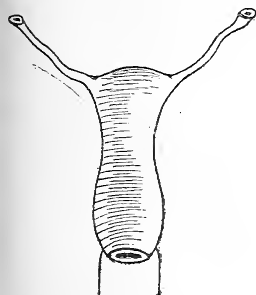
Fusion progressive des deux conduits de Müller, donnant successivement naissance à deux utérus et deux vagins (fig. 19, type des marsupiaux), à deux utérus et un seul vagin (fig. 20, type des rongeurs), à un utérus bicorne (fig. 21, 22, 23, type des carnassiers, ruminants, etc.), finalement, fig. 23 et 24, à deux oviductes, un seul utérus et un seul vagin (hominiens et simiens).

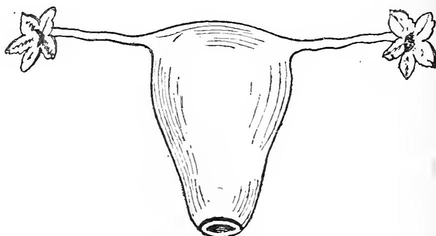

Fig. 19.


Fig. 20.


Fig. 21.


Fig. 22.


Fig. 23.


Fig. 24.

pour fournir le canal utéro-vaginal, autrement dit le vagin et l'utérus. Cette union commence par la partie inférieure, et le conduit, très court au début, qui en résulte, s'ouvre, comme nous l'avons dit, dans le sinus uro-génital. A la fin du second mois, les deux conduits de Müller sont accolés comme les deux canons d'un fusil de chasse, mais encore séparés dans toute leur étendue, à part l'embouchure, par une cloison médiane résultant de leur juxtaposition. Ce simple aperçu du travail de fusionnement, qui donne naissance à l'oviducte, à l'utérus et au vagin, nous indique déjà dans quel sens pourront se produire les arrêts de développement qui donnent lieu aux vices de conformation de l'appareil génital interne de la femme.

Pour les uns, l'hymen n'est que la réflexion du fourreau vaginal qui s'adosse à l'orifice vaginal du vestibule ; pour d'autres, c'est un repli du vestibule.

Les connexions constantes de l'hymen avec le cadre du méat urinaire et la base du clitoris

ont été indiquées par S. Pozzi dès 1884, et plus récemment décrites par O. Schæffer. Ces connexions sont constituées par ce que Pozzi a appelé la *bride masculine du vestibule* qui, pour lui, représente chez la femme le corps spongieux de l'urèthre.

Selon Pozzi, qui conteste l'opinion courante, à savoir que l'hymen ne serait pas un repli de l'ouverture du vagin, mais bien un repli d'origine ectodermique provenant du vestibule, par conséquent de l'ébauche des organes génitaux externes et non pas d'origine mullérienne, rien comme la présence d'un hymen simple et indépendant de la cloison vaginale dans le cas de vagin double (cas de Breisky, de Corazza, de Winckel) ne prouverait mieux cette indépendance d'origine de l'hymen et du vagin.

Le ligament rond de l'utérus, formé aux dépens du *ligament du corps de Wolff*, *gubernaculum de Hunter*, *ligament de Müller*, s'attache à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs des conduits de Müller ; il vient

jalonner en quelque sorte le niveau au-dessous duquel s'opérera la fusion des deux conduits de Müller, qui restent séparés au-dessus de lui pour former les deux trompes utérines.

De cet exposé, il importe de retenir que le sexe ne préexiste pas, d'une facon appréciable du moins, à la formation de l'embryon.

§ 2. — *Développement des organes génitaux externes.*

Le développement des *organes génitaux externes* (fig. 25) est en quelque sorte commandé par l'évolution des organes génitaux internes.

Fig. 25. Développement des organes génitaux externes.

Etat indifférent : I, Embryon de 0m016 ; — II, Embryon de 0m020 ; — III, Embryon de 0m027. — *Type féminin* : A, embryon de 0m031. — B, embryon du milieu du cinquième mois ; — C, embryon du début du sixième mois. — *Type masculin* : A, embryon de 0m057 (fin du troisième mois) ; — B', embryon du milieu du quatrième mois ; — C', embryon de la fin du quatrième mois (d'après Ecker). — 1, Cloaque ; — 2, tubercule génital ; — 3, gland ; — 4, sillon génital ; — 5, bourrelets génitaux (grandes lèvres, bourses) ; — 6, cordon ombilical ; — 7, anus ; — 8, queue ; — 9, replis génitaux (petites lèvres, urèthre pénien) ; — 10, sinus uro-génital ; — 11, frein du clitoris ; — 12, prépuce du gland ; — 13, orifice de l'urèthre ; — 14, orifice du vagin ; — 15, hymen ; — 16, raphé scrotal.

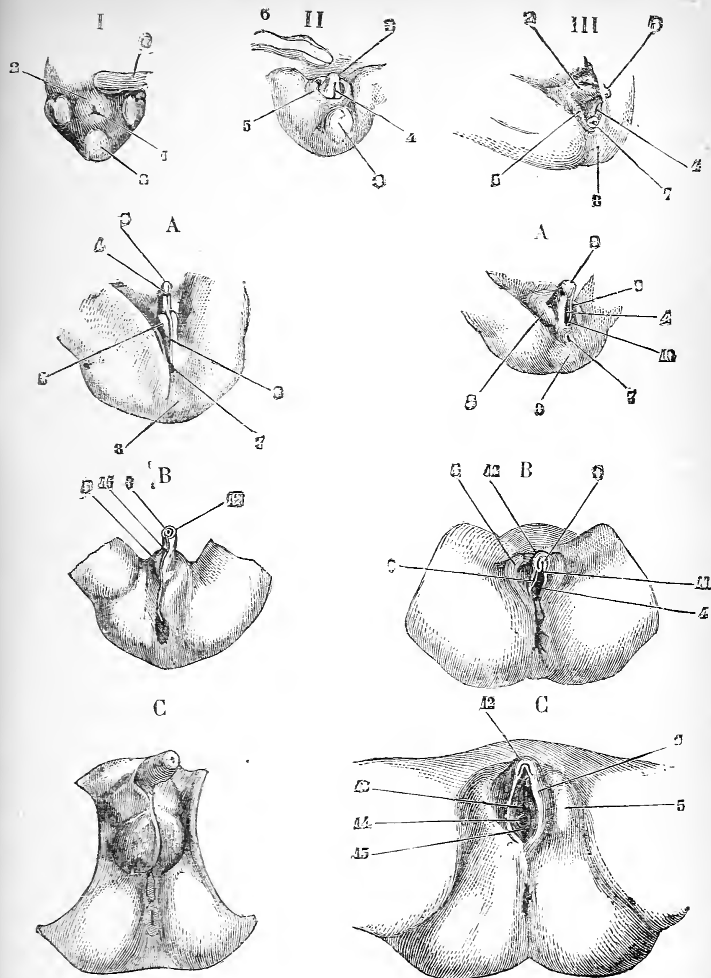


Fig. 25.

Primitivement, il n'existe, à l'extrémité postérieure ou caudale du corps, qu'un orifice, l'*orifice cloacal*, qui, comme son nom l'indique, donne accès dans le cloaque et dans lequel s'abouchent en avant la vessie urinaire avec le sinus uro-génital, en arrière l'intestin.

A la sixième semaine de la vie embryonnaire (fig. 25), s'élève au-devant de cet orifice un tubercule auquel on a donné le nom de *tubercule génital*, *phallus*, aux dépens duquel se formera ou bien le pénis, ou bien le clitoris.

Un peu plus tard, ce tubercule est parcouru, à sa face inférieure, par un sillon, *sillon génital, gouttière génitale*, qui se prolonge jusqu'à l'ouverture cloacale.

Les deux lèvres de cette gouttière sont appelées *replis génitaux*, et autour du phallus et de l'orifice cloacal s'élève un rempart cutané auquel on a réservé le nom de *bourrelet génital*. Pendant ce temps, c'est-à-dire dans le milieu du deuxième mois, le cloaque se cloisonne par suite du rapprochement de ses deux saillies la-

térales, et à la suite de la formation de cette cloison frontale, *septum uréthro-rectal*, *cloison périnéale*, cette cavité recto-allantoïdienne est subdivisée en deux canaux secondaires, l'un antérieur, le *sinus uro-génital*, l'autre postérieur, le *canal anal*.

Ultérieurement, le périnée s'épaissit et s'achève, mais on remarque toujours extérieurement la trace de la soudure des deux cornes du cloaque dans le *raphée périnéal*, *ano-scrotal*, *ano-vulvaire*.

Durant le troisième mois, la transformation du cloaque est achevée et la disposition des organes génitaux externes, qui était la même jusqu'alors dans les deux sexes, tourne vers l'un ou l'autre sexe. L'ébauche génitale indifférente se différencie et donne naissance ou bien aux organes génitaux extérieurs du mâle, ou bien à ceux de la femme.

Dans l'embryon mâle, le *tubercule génital* s'allonge et devient le pénis ; le sillon génital se ferme par rapprochement et soudure de ses

lèvres pour constituer la portion pénienne de l'urèthre; les replis ou bourrelets génitaux se fusionnent pour donner naissance au scrotum.

Dans l'embryon femelle (fig. 26), les deux moitiés latérales du bourrelet génital restent distinctes et séparées et forment les grandes lèvres; les replis génitaux, qui délimitent latéralement le vestibule et se prolongent sur le tubercule génital, deviennent les petites lèvres et le prépuce du clitoris; — le tubercule génital lui-même reste petit et se transforme en clitoris; l'aditus uro-génital se transforme en une cavité infundibuliforme peu profonde, le *vestibule*, au fond duquel s'ouvre le vagin, et au-dessus l'entrée de l'urèthre, — ce dernier tout entier, chez la femme, dérivant du sinus uro-génital.

En un mot, alors que, dans le sexe masculin, les deux moitiés du bourrelet génital se réunissent pour former le scrotum ou bourses, et les replis génitaux pour constituer l'urèthre pénien, — dans le sexe féminin, les organes génitaux externes restent fendus et ont grandi sans chan-

ger de forme. Il est facile, dans cette conception, de comprendre que le bulbe de l'urèthre de

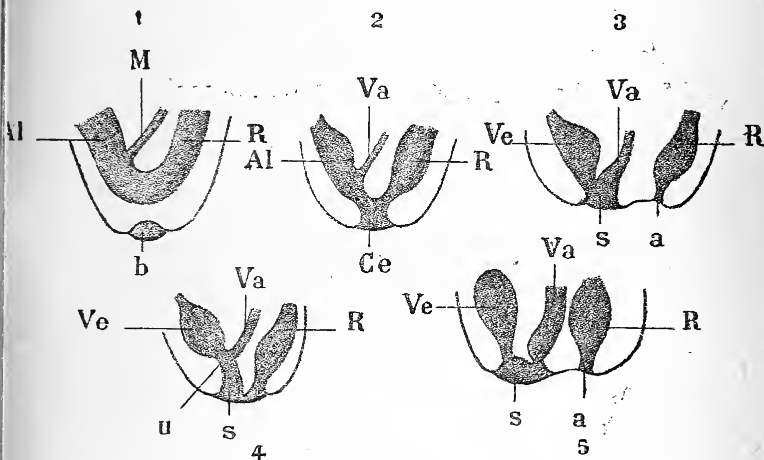


Fig. 26. Développement des organes génitaux externes de la femme (Schræder).

Fig. 1. *Al*, allantoïde, qui deviendra la vessie; R, rectum; *M*, cana de Müller (vagin); — *b*, dépression cutanée qui deviendra l'ouverture anale.

Fig. 2. La dépression s'est ouverte dans l'allantoïde et forme le *cloaque* Ce; — V*a*, vagin.

Fig. 3. Le périnée est formé. L'anus et le sinus urogénital (*sa*) sont séparés; — V*e*, vessie; — *a*, anus; — *s*, sinus uro-génital; — *v*, vagin.

Fig. 4. L'urèthre (*u*) constitue encore la continuation directe du sinus uro-génital (*su*), dans lequel s'abouche aussi le vagin.

Fig, 5. Organes génitaux complètement développés. Le sinus uro-génital est devenu le vestibule (*s*), auquel aboutissent l'urèthre et le vagin, qui en reste séparé cependant par l'hymen.

l'homme est représenté par les bulbes du vagin

de la femme et les glandes de Cowper par les glandes de Bartholin.

Je n'insisterai pas davantage sur l'embryogénie des organes génitaux; nous connaissons suffisamment les grands traits de l'organisation du système pour comprendre qu'une imperfection dans l'accomplissement des divers actes de ce travail suffira pour amener une malformation de l'appareil et, d'après ce que nous en savons, nous pouvons même prévoir à quelle variété d'anomalie donnera lieu un arrêt de développement déterminé. Toujours, sauf exception, que viennent expliquer d'ailleurs des altérations pathologiques intra-utérines, la malformation représentera la survie d'un état transitoire chez le fœtus.

Cette vérité, nous allons la voir s'étaler au grand jour à chaque page du chapitre dans lequel nous allons entrer, et pour lequel, en somme, nous avons entrepris les études précédentes, qui n'ont pour but que de préparer le lecteur à le comprendre.

CHAPITRE III

VICES DE CONFORMATION DES ORGANES GÉNITAUX

Dans la description des malformations des organes génitaux et urinaires de la femme, — les anomalies de la vessie et des reins mises à part, — nous suivrons la marche que nous avons suivie dans l'étude anatomique des mêmes organes.

Nous décrirons donc les vices de conformation des organes génitaux internes, ovaires, oviductes, utérus, vagin y compris l'hymen, avant d'aborder les anomalies des organes génitaux externes.

ARTICLE PREMIER

ANOMALIES DES OVAIRES

Parmi les anomalies des ovaires, on a signalé :

1° L'absence complète de ces glandes, mais elle est tellement rare, qu'on l'a révoquée en doute, et l'absence d'un seul ovaire, qui est plus avérée ;

2° L'existence d'un ou de plusieurs petits ovaires surnuméraires, sur laquelle J. Paladino appelait encore récemment l'attention, et qui est maintenant bien connue ;

3° L'atrophie et l'hypertrophie congénitales des ovaires ;

4° Leur déplacement ou ectopie et les hernies des ovaires ;

5° Les kystes congénitaux, dont les plus intéressants sont les kystes dermoïdes.

§ 1er. — *Absence congénitale des ovaires.*

L'*absence congénitale* des ovaires est très rare et s'accompagne, en général, d'un arrêt de développement de tout l'ensemble de l'appareil génital interne.

Vidal (de Cassis), en 1830, a présenté à la *Société anatomique* les pièces d'une femme chez laquelle l'ovaire et la trompe du côté gauche faisaient défaut. Chaussier a rapporté un cas analogue, et Thudicum a rassemblé vingt-et-un cas de ce genre. Morgagni, Pears, Cripps, de leur côté, ont publié des observations d'absence des deux ovaires.

Mais ces faits sont si rares qu'ils ont été contestés par West et de Sinéty.

Les *conséquences* de l'absence des ovaires, c'est en première ligne l'absence des règles; cependant, comme il est démontré qu'après l'extirpation des ovaires, le flux menstruel peut encore dans certains cas continuer à se faire (Goodmann, Terrier, etc.), et que d'autre part,

on a pu observer une grossesse trois ou quatre ans après la cessation des règles (Barker), il est naturel de penser que la menstruation pourrait avoir lieu, encore que les ovaires soient absents.

Une autre conséquence, fatale celle-là, de l'absence des deux ovaires, c'est la stérilité. Il va sans dire que l'absence d'une seule de ces glandes ne peut en rien annihiler les fonctions génératrices de la femme, si celle-ci, d'ailleurs, est normalement constituée.

Quelles sont les conséquences de l'absence des ovaires au point de vue des attributs du sexe? Selon Scanzoni, et la plupart des auteurs, une femme privée d'ovaires perd en grande partie les attributs de son sexe. Cripps rapporte le cas d'une jeune femme de dix-huit ans qui n'avait qu'un utérus infantilis et point d'ovaires, qui n'eut ni règles ni aucun des signes qui caractérisent la puberté. De même, Lauth cite le cas d'une femme dont les ovaires étaient rudimentaires et l'utérus réduit au col, qui paraissait privée des principaux caractères physiolo-

giques de son sexe. Si nous envisageons ce qui se passe après la castration, nous pouvons dire que l'aménorrhée consécutive à la castration coïncide, d'ordinaire, avec l'engraissement, l'atrophie des mamelles, le calme du sens génital et l'assoupissement des sentiments passionnels érotiques.

D'un autre côté, Cramer rapporte le cas d'une femme de trente ans chez laquelle, malgré l'absence d'utérus, les désirs vénériens n'en existaient pas moins. Il est notable aussi que, chez cette femme, l'effort menstruel se manifestait sous forme d'hémorrhagies supplémentaires (épistaxis, hémoptysies, etc.).

Enfin, de Sinety a rapporté le cas d'une femme qui avait des ovaires normaux et un utérus infantilis chez laquelle les appétits sexuels étaient nuls; et Roubaud, d'autre part, a constaté que des femmes très passionnées ne portaient que des ovaires rudimentaires.

Il résulte de ce que nous venons de dire qu'il ne paraît pas y avoir de signes objectifs ou fonc-

tionnels bien marqués de l'absence des ovaires.

Expliquons-nous cependant davantage sur ce point intéressant de physiologie.

L'ovariotomie entraîne presque toujours à sa suite la ménopause prématurée. Néanmoins après la castration double (opération de Battey), la menstruation peut continuer plus ou moins régulièrement et plus ou moins longtemps. Storer, Goodmann, Terrier, Campbelle, Tuttle, Bantock, Terrillon, etc., ont observé des cas de ce genre, — et Ormières en a rassemblé quarante-cinq exemples dans sa thèse (1). Toutefois Glaevecke (2) est arrivé à cette conclusion que la cessation complète des règles se montre dans les 88/100es des femmes soumises à l'opération de Battey; et Sænger, de son côté, sur quarante-neuf castrations, n'a observé que deux fois la persistance de la menstruation. Encore faut-il

(1) Ormières. *Sur la menstruation après l'ovariotomie et l'hystérectomie* (Thèse de Paris, 1880).

(2) Glaeveke. *Arch. fur Gynæk.* Bd XXXV, Heft I, 1889.

ajouter avec S. Pozzi que, lorsque les hémorrhagies mensuelles continuent, si l'on suit les femmes pendant un temps assez long, on voit ces hémorrhagies, en quelque sorte « posthumes », cesser au bout de quelques mois. Si elles durent quelque temps après l'opération, c'est en raison de la *loi de la persistance des habitudes organiques*, c'est-à-dire, si l'on peut s'exprimer ainsi, en vertu de la vitesse acquise.

Ajoutons enfin que l'existence des ovaires est indépendante de l'absence de l'utérus et du vagin, et qu'il peut y avoir absence de tout le canal utéro-vaginal (vagin, utérus et oviductes), et que malgré cela la femme ainsi malformée ait néanmoins des ovaires à leur place. L'embryogénie, — si on se rappelle que l'ovaire naît d'une autre ébauche que celle qui donne naissance au canal utéro-vaginal, — rend facilement compte de ces variétés dans les vices d'organisation

A ce propos, qu'on me permette d'ouvrir une parenthèse. Si l'absence congénitale des

ovaires est rare, il n'en est plus de même de leur retranchement opératoire depuis que l'oophorectonie (opération de Battey, castration de la femme) est en honneur (1). Hégar, en 1881, avait castré quarante-deux femmes à lui seul, et F. Keppler (de Venise) en compte pour lui personnellement quarante-six! Or, si le mariage avec une femme castrée peut paraître à certains l'idéal du mariage malthusien, il n'en est pas moins vrai que la plupart des hommes s'accommoderaient mal d'une femme de ce genre.

Les hommes aiment l'illusion, et quelques-uns ont l'audace d'aimer la paternité. Que la femme se rappelle que tous ses charmes et toutes ses séductions ne sont rien, si elle ne sait pas, avec délicatesse, entretenir ces sentiments qui couvent silencieusement dans le cœur de l'homme. Comme l'a dit le poète :

Hélas! en perdant mon erreur,
Je perds le charme de la vie.

(1) Voyez Emmet, *La Pratique des Maladies des femmes* Paris, 1887.

J'ai partout cherché la candeur,
Partout j'ai vu la perfidie.
Le dégoût a flétri mon cœur...

§ 2. — *Ovaires surnuméraires.*

Si l'absence congénitale des ovaires est rare, les *ovaires surnuméraires* le sont aussi. Cependant depuis les recherches de Beigel, Puech, Thudichum, Winckler, de Sinety, Paladino, il est incontestable qu'il est assez commun d'observer des ovaires multiples. C'est même par suite de la persistance de petits ovaires surnuméraires après l'opération de Battey (castration), que suivant quelques auteurs, le flux ménorrhagique continuerait à se faire (1).

§ 3. — *Atrophie des ovaires.*

L'*atrophie* des ovaires peut résulter, ce qui est le cas le plus rare, il est vrai, d'un arrêt de développement. Cette atrophie qui rappelle celle qui survient normalement après la méno-

(1) Voyez plus haut, p. 124.

pause, et consiste en disparition des ovules et des ovisacs et régression fibreuse de l'ovaire, peut avoir lieu par anticipation, avant la puberté, et sous l'influence de causes — en dehors des causes pathologiques (inflammations de voisinage, ovarite, etc.), — qui sont mal connues.

La stérilité, on le conçoit, est la conséquence fatale de cette anomalie.

§ 4. — *Déplacement et hernies des ovaires.*

Parmi les anomalies des ovaires, l'une des plus intéressantes à connaître en pathologie est le *déplacement*, fréquemment congénital.

L'ovaire peut être ectopié en différents endroits, dans la cavité de Douglas, dans le canal inguinal, dans la grande lèvre, etc. Cette ectopie peut exister seule ou coexister avec des déviations utérines.

Dans le *prolapsus de l'ovaire* dans le cul-de-sac de Douglas, le toucher vaginal et rectal peut fixer l'observateur, car la *sensibilité nauséeuse*

de la petite tumeur est caractéristique, surtout si on y ajoute deux symptomes concomitants ordinaires, la douleur pendant le coït et la défécation.

Lund a rapporté une observation de hernie de l'ovaire, chez une femme qui n'avait point d'utérus, qui n'avait qu'un vagin rudimentaire, mais qui possédait une vulve bien conformée (1). Dans la règle, du reste, la hernie de l'ovaire coïncide avec une malformation des organe génitaux, notamment de l'utérus.

Mundé, Heywood Smith, Barnes, Lentz, T. More Madden, etc., ont cité de leur côté des cas d'ovaires herniés et indiqué la diagnose et le traitement à suivre dans ces circonstances (2).

On lira avec intérêt à ce sujet le travail de Barnes (3) et celui de Lentz (4).

(1) Lund, *Magazin fur Laegevidensbaden, Norsk*, nº 12, 1887.

(2) Barnes, *Brit. Medical Journal*, 28 janvier 1882; — More Madden, *The Dublin Jour. of med. Science*, 1886. — P. Mundé, *Gynéc. Trans*. IV, New-York, 1880.

(3) Barnes, *Annales de gynécologie*, 1883, t. XX, p. 208.

(4) Lentz, *Archives de Tocologie*, 1888 (t. VIII, p. 608).

C'est dans les *hernies inguinales* que l'on rencontre le plus souvent l'ovaire. Puech a réuni quatre-vingt-huit observations de cette catégorie, tandis qu'il n'a pu relever que quatorze cas de *hernie crurale de l'ovaire.* La hernie inguinale est souvent double ; la hernie crurale, au contraire, n'existe presque toujours que d'un seul côté. Le seul exemple de hernie crurale double de l'ovaire que nous connaissions est celui qu'a publié Otte (1). J. Cloquet a rapporté le cas curieux d'une hernie crurale de l'ovaire, dans laquelle s'étaient aussi engagés l'utérus et la trompe de Fallope (fig. 27). La présence de l'ovaire dans une *hernie obturatrice* a été signalée par Rust, Chiene, Kiwisch et Picqué.

La *hernie de l'ovaire* (fig. 27) n'est pas toujours d'une diagnose facile. On a pris l'ovaire hernié dans la grande lèvre pour un kyste de cette lèvre (Guersant), pour un lipome (Lücke) ; chez un pseudo-hermaphrodite mâle, c'est-à-

(1) Otte, *Berl. Klin. Wochenschrift*, p. 345. 1857.

dire un hypospade, on a pris l'ovaire pour un testicule. Le plus ordinairement, la hernie de

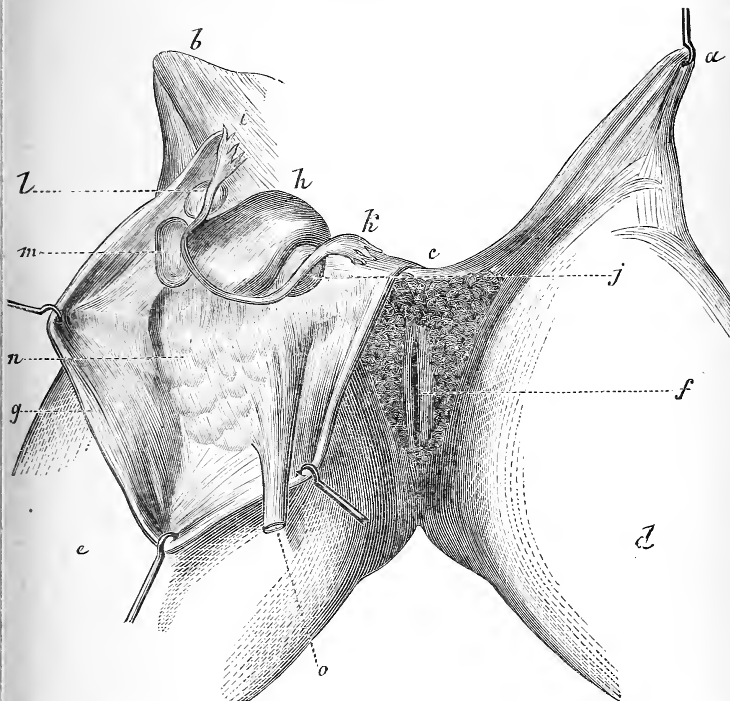


Fig. 27. Hernie crurale de l'ovaire, de l'utérus et de la trompe (J. Cloquet).

a, *b*, paroi abdominale; — *c*, arcade du pubis; — *d*, *e*, cuisses; — *f*, vulve; — *g*, paroi du sac herniaire; — *h*, utérus; — *i*, *k*, trompes de Fallope; — *j*, *m*, ovaires; — *n*, sac graisseux épiploïque; — *o*, pédicule de l'épiploon qui a été coupé en travers.

l'ovaire est compliquée d'entérocèle ou d'utéro-épiplocèle ; elle est simple ou double. Dans ce dernier cas, dont Chambers présentait récemment un exemple curieux à la *Société obstétricale de Londres*, la stérilité est de règle. Le plus souvent, cette hernie coïncide avec d'autres malformations des organes génitaux. Elle se fait par le canal de Nuck persistant et la trompe utérine accompagne le plus ordinairement l'ovaire dans son déplacement.

Presque inaperçues avant la puberté, les hernies de l'ovaire peuvent ultérieurement provoquer un certain nombre d'accidents. Au moment des règles, l'ovaire hernié peut être le siège de gonflement et de douleur ; il peut même donner lieu à des phénomènes d'étranglement qui nécessitent l'intervention du chirurgien et la kélotomie, ou plus justement l'ovariotomie inguinale.

De son côté, le *prolapsus ovarique* coïncide assez fréquemment avec des troubles menstruels, aménorrhée et dysménorrhée, — des désordres

nerveux assez graves, hystérie, épilepsie, manie, pour qu'on ait songé à lui appliquer une opération radicale, l'*oophorectomie*, *castration* ou *ovariotomie normale*, introduite dans la pratique par Battey en Amérique, puis par Hegar en Allemagne et Lawson Tait en Angleterre.

Il s'en faut toutefois que l'ovaire soit toujours modifié dans sa constitution anatomique et son fonctionnement. Des observations de Wiederstein, Olshausen, Rizzoli, Handy, Beigel, etc., prouvent que ce genre de déplacement n'empêche, d'une façon absolue, ni la fécondation d'être possible, ni la grossesse d'arriver à terme, ni l'accouchement de se faire.

§ 5. — *Kystes congénitaux de l'ovaire.*

Parmi les *kystes congénitaux* de l'ovaire, les uns sont des produits kystiques des follicules de Graaf, les autres, des *kystes dermoïdes.*

Les premiers semblent être le résultat d'un trouble dans la germination de l'épithélium ovarien, qui, au lieu de donner naissance aux

tubes de Pflüger, puis aux follicules primordiaux, et enfin aux follicules de Graaf, aboutirait à la production de cavités irrégulières recouvertes d'un épithélium de revêtement et tendant à s'accroître de plus en plus par suite de l'accumulation des produits sécrétés à leur intérieur (Malassez, de Sinéty).

Les *kystes dermoïdes,* au contraire, que Wells a rencontrés vingt fois sur ses mille ovariotomies, sont formés par une poche épaisse, contenant des matières variables : tissus dermoïdes, — tissu cutané avec poils, glandes sébacées, glandes sudoripares, — dents, — matière cérébrale, tissu musculaire. Le développement de ces kystes curieux, dont l'origine est encore obscure, a été attribué à *l'inclusion fœtale ;* mais comme on les a observés sur de petites filles, il faut admettre que ces kystes n'ont aucun rapport avec la conception. — Sont-ils dûs à une inclusion, à un enclavement pendant la période embryonnaire suivant la théorie du professeur Verneuil, si bien déve-

loppée dans ces derniers temps par le professeur Lannelongue ? On ne sait au juste.

ARTICLE II

MALFORMATIONS DES TROMPES UTÉRINES

Les *malformations congénitales* des trompes de Fallope se réduisent à l'absence, à l'état rudimentaire, à la multiplicité, aux déplacements ou hernies et aux rétrécissements, oblitérations et imperforations de ces organes.

§ 1er. — *Absence des oviductes.*

L'*absence des oviductes* est double ou existe seulement d'un seul côté. Dans ces circonstances, l'ovaire fait ordinairement défaut aussi, quoique cette défection ne soit pas fatale, pour des raisons que nous avons déjà exposées.

Quand les trompes manquent, alors qu'on trouve l'utérus à sa place, l'anomalie doit être expliquée par un arrêt de développement de l'extrémité supérieure des conduits de Müller.

§ 2. — *État rudimentaire des trompes.*

L'*état rudimentaire* des trompes est un état imparfait de ces tubes, moins prononcé que le précédent. L'une et l'autre sont susceptibles d'une même explication, et coïncident le plus ordinairement avec une malformation utérine.

§ 3. — *Multiplicité des trompes.*

La *multiplicité* n'atteint que l'extrémité abdominale de la trompe, c'est-à-dire le pavillon. Les ouvertures multiples de l'oviducte dans la cavité péritonéale ; les pavillons doubles ou triples, entourés de leur collerette frangée, qui peut elle-même offrir de nombreuses variétés, sont bien connus depuis que Gustave Richard les a si bien figurés en 1851. — A. Doran a rapporté, encore en 1887, une observation intéressante d'orifice tubaire surnuméraire entouré de franges (1).

(1) Doran, *Soc. obst. de Londres*, 4 mai 1887.

L'explication des pavillons multiples peut être fournie par l'embryologie. Depuis les recherches de Balfour et Segwick, nous savons que les trompes utérines dérivent des conduits de Müller. Ceux-ci naissent vers le sommet du corps de Wolff, sous forme d'involutions ou de culs-de-sac multiples de l'épithélium de la cavité pleuro-péritonéale, qui ne tardent pas à s'unir pour constituer un tube longitudinal qui marche vers le cloaque en se frayant un chemin à côté du canal de Wolff.

L'ouverture supérieure persiste et forme le pavillon, l'*ostium abdominale.* Il suffit dès lors d'admettre que plusieurs involutions péritonéales persistent d'une façon accidentelle pour comprendre l'origine des pavillons et orifices multiples.

Meckel a rapporté quelques exemples de ce vice de conformation, dans lesquels il y avait deux pavillons reliés entre eux par un conduit supplémentaire perméable.

§ 4. — *Déplacements ou hernies des trompes.*

Les *déplacements* ou *hernies* des trompes sont assez fréquents, mais ils sont le plus souvent la conséquence d'autres vices de conformation atteignant l'utérus ou l'ovaire. Le plus communément le déplacement de la trompe, je ne dirai pas entraîne, — car les deux états ne sont pas fatalement et inéluctablement liés l'un à l'autre, — mais accompagne celui de l'ovaire. Nous nous sommes déjà expliqué sur ce point. Bérard, et plus récemment Lentz (1) et Brunner (2) cependant, ont rapporté une observation dans laquelle la trompe de Fallope se trouvait seule, à l'exclusion de l'ovaire et de l'utérus, dans un sac herniaire crural.

La trompe herniée peut présenter des altérations pathologiques diverses. Dans un cas de

(1) Lentz, *Gaz. méd. de Strazbourg*, 1882.
(2) Brunner, *Beitraege zur Klin. Chir.*, t. IV, p. 31, 1889.

Dolbeau, elle était kystique; dans un fait de Bœckel, elle était accompagnée d'un kyste de l'organe de Rosenmüller.

Ces déplacements de la trompe sont aussi

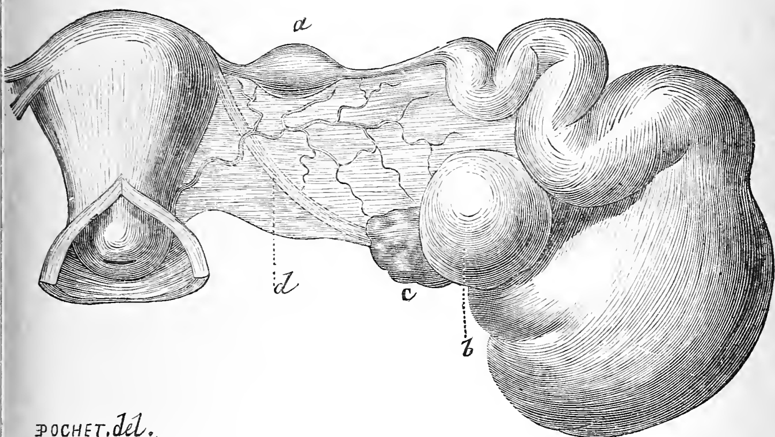


Fig. 28. Hydropisie enkystée de la trompe droite.
a, dilatation ampullaire de la trompe; — *b*, pavillon de la trompe; *c*, ovaire; *d*, ligament rond.

bien pathologiques que congénitaux. Les déplacements pathologiques sont le résultat d'adhérences à la suite de pelvi-péritonite, ou d'états morbides de l'utérus, tels que versions, flexions, inversions ou prolapsus de la matrice.

§ 5. — *Rétrécissements, oblitérations et imperforations des trompes.*

Les *rétrécissements* et les *oblitérations* des trompes peuvent être aussi, ou bien congénitaux, ou bien accidentels.

Ils entraînent à leur suite le développement de l'*hydropisie de la trompe*, l'*hydrosalpinx* (fig. 28) et toutes les conséquences de cette affection, c'est-à-dire des accidents qui conduisent le chirurgien à ouvrir le ventre pour faire la salpingotomie, opération qui, du reste, a fourni de brillants succès dans ces derniers temps à la nouvelle école chirurgicale.

Les oblitérations sont plus souvent pathologiques que congénitales; elles sont la conséquence de lésions de voisinage (pelvi-péritonite, endométrite, etc.), ou d'altérations primitives du conduit lui-même.

Les imperforations congénitales sont complètes ou localisées au pavillon. Si l'on se rappelle que les conduits de Müller sont primitive-

ment des conduits pleins, sans canal, on comprendra aisément la raison de ces malformations.

ARTICLE III

MALFORMATIONS DU LIGAMENT ROND

L'étude des vices de conformation des ligaments ronds de l'utérus est encore à faire.

Le ligament rond est un cordon fibro-musculaire qui varie considérablement chez les diverses femmes en épaisseur et en longueur. Ces variations ne sont pas sans importance. Leur influence sur la position de l'utérus ne nous paraît pas douteuse, et depuis que l'opération Alquié-Alexander (raccourcissement des ligaments ronds) est passée dans la pratique, pour ramener en avant un utérus en rétroversion ou en haut un utérus en prolapsus, nous savons qu'il n'est pas indifférent de se trouver en face d'un ligament bien constitué, robuste ou, au

contraire, d'un ligament petit, dissocié, rudimentaire.

Pendant la grossesse, les veines du ligament rond deviennent ordinairement volumineuses et variqueuses. Madame Boivin et Dugès ont rapporté une observation dans laquelle des varices très développées de ce ligament avaient été confondues avec une hernie crurale (1). Sans doute, ce ne sont pas là des altérations congénitales, mais comme les dilatations vasculaires, qu'il s'agisse d'anévrismes artériels spontanés ou de dilatations variqueuses des veines, ne surviennent pas chez la plupart des gens, et qu'il semble qu'il y ait une « diathèse variqueuse », nous signalons en passant ces affections du ligament rond. La compression utérine par suite du développement du fœtus ne joue, en effet, pas tout le rôle, car si les varices sont communes chez toutes les femmes pendant l'état de grossesse, elles sont cependant extrêmement va-

(1) Madame Boivin et Dugès, *Traité des maladies de l'utérus*. Paris, 1842.

riables chez la plupart des femmes grosses. La prédisposition nous paraît donc incontestable.

Le ligament rond peut être affecté de tumeurs, myomes, fibro-myomes, que Duplay d'abord, puis Sänger ont bien décrites. — Ces tumeurs n'étant point congénitales, nous passons.

Il n'en est pas de même de l'*hydrocèle intra-péritonéale* du ligament rond. Pour les uns, cette hydrocèle se développe aux dépens des vestiges du canal de Nuck, qui entoure le ligament rond pendant la vie fœtale; pour d'autres, le canal de Nuck n'existant pas, les hydrocèles de la femme seraient des kystes séreux du sac dartoïque, des hygromas résultant de l'hydropisie de bourses séreuses accidentelles des grandes lèvres, des hydrocèles herniaires développées dans d'anciens sacs. (S. Duplay.)

Zuckerkandl a constaté quatre fois la persistance du canal de Nuck, sur dix-neuf enfants de un à douze ans; Camper et Cruveilhier, Ramonède l'ont observée sur des femmes âgées. Cette disposition crée une prédisposition aux hernies

inguinales. Richelot (1), Staffel (2), Ingersoll (3) appelaient encore récemment l'attention sur la présence de l'hydrocèle, chez la femme, de concert avec la persistance du canal de Nuck.

ARTICLE IV

MALFORMATIONS DES LIGAMENTS LARGES

Nous ne parlerons pas ici du phlegmon péri-utérin, de la pelvi-péritonite, de la cellulite pelvienne, pas plus que des hématocèles péri-utérines ou des grossesses extra-utérines développées dans l'épaisseur des ligaments larges, parce que, d'une part, ces lésions ne sont pas congénitales et que, d'autre part, elles ne se développent pas aux dépens d'organes embryonnaires en régression.

Il n'en est pas de même de certains *kystes du ligament large*, auxquels on a donné le nom de *kystes parovariens*. Développés dans l'é-

(1) Richelot, *Union médicale*, 2 oct. 1890.
(2) Staffel, *Ann. de Gyn.*, t. XXVIII, p. 307. 1887.
(3) Ingersoll, *Am. Journ. of Obs.*, p. 427. 1882.

paisseur des ligaments larges, ces tumeurs sont en effet des kystes développés par rétention dans

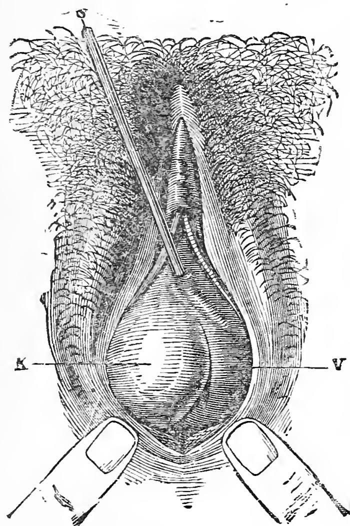


Fig. 29. Kyste du vagin.
A, vagin; — I, kyste; — O, sonde introduite dans l'urèthre.

les vestiges des canalicules du corps de Rosenmüller (canalicules de Kobelt) ou parovaire. Nous verrons ultérieurement qu'aux dépens des débris du canal excréteur du corps de Rosenmüller, le canal de Gaertner, peuvent se développer d'autres

tumeurs kystiques, que l'on a appelées *kystes paravaginaux* (fig. 29).

Ces kystes du parovarium ne sont pas rares, puisque Olshausen les a rencontrés 32 fois sur 284 ovariotomies.

ARTICLE V

MALFORMATIONS DE L'UTÉRUS

Nous savons que l'utérus se développe aux dépens des conduits de Müller. Selon que l'un de ces conduits manque ou s'atrophie de bonne heure, ou que leur fusion est complètement ou partiellement entravée, on voit survenir les différentes variétés de malformations utérines (fig. 30 à 33) ; nous indiquerons plus loin l'origine particulière à chacune d'elles.

Nous étudierons l'absence de l'utérus, l'utérus fœtal, infantile et pubescent, l'imperforation et l'atresie du col, l'atrophie et l'hypertrophie, les positions anormales, la duplicité de l'utérus, le cloisonnement transversal incomplet, etc.

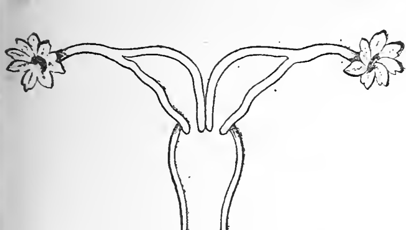


Fig. 30.

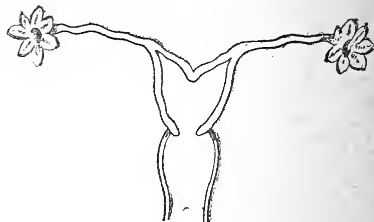


Fig. 31.

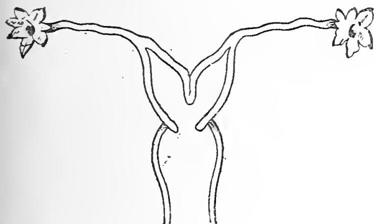


Fig. 32.

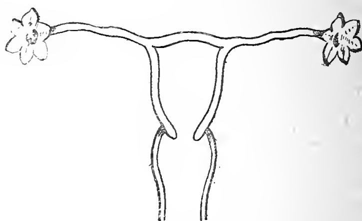


Fig. 33.

Malformations de l'utérus (arrêt de développement).
Fig. 30. Utérus double; Fig. 31, utérus bi-parti; Fig. 32. Utérus bicorne; Fig. 33. Utérus simple, utérus normal.

§ 1er. — *Absence de l'utérus. — Utérus rudimentaire.*

L'*absence complète* d'utérus est extrêmement rare. Les cas rapportés ne sont pas à l'abri de toute contestation, et beaucoup d'auteurs ont nié le *defectus uteri*.

Sans doute, au point de vue fonctionnel et physiologique, on peut dire que l'on a assez fréquemment observé l'absence absolue de la matrice. Mais une exploration attentive démontre toujours, en cas semblable, qu'au point de vue exclusivement anatomique, l'utérus ne fait pas tout à fait défaut. Il est représenté tantôt par un simple cordon musculaire plein ou creusé d'une petite cavité, tantôt par une bandelette étendue entre les deux trompes.

De fait, quand on a bien cherché, on a trouvé, dans ces circonstances, un *utérus rudimentaire.*

Cet *uterus deficiens* peut coïncider avec l'absence ou l'atrophie du vagin et des trompes, et aussi l'absence ou l'atrophie des ovaires; mais il peut aussi se rencontrer avec un vagin, des trompes et des ovaires parfaitement conformés. D'ordinaire, les parties génitales externes sont en même temps régulièrement conformées et rien ne peut indiquer extérieurement qu'il n'y a point d'utérus.

L'ovulation se fait en pareil cas, mais elle ne

s'accompagne pas du molimen hémorrhagique ordinaire. Celui-ci peut être remplacé par des hémorrhagies supplémentaires, — ainsi que L. Le Fort en a cité un cas curieux concernant une Italienne de vingt-trois ans, autopsiée par Calori, — et lorsqu'il existe un vagin bien conformé, comme S. Pozzi, Mundé, Max Strauch en ont rapporté des exemples incontestables, les règles peuvent exister.

Les femmes qui présentent ces anomalies n'ont rien qui puisse les faire reconnaître. Les formes du corps, la voix, les caractères psychiques sont ceux d'une femme bien conformée. Aussi beaucoup se marient-elles malgré ce vice de conformation dont on ne s'aperçoit que plus tard. Lorsque le vagin est rudimentaire, les rapprochements sexuels finissent par déprimer la vulve ou le canal vestibulaire en un cul-de-sac assez profond qui sert à la copulation; d'autres fois, c'est l'urèthre qui est dilaté et fait office de vagin.

Cette anomalie paraît être héréditaire jusqu'à

un certain point, car on l'a rencontrée simultanément sur plusieurs sœurs d'une même famille dont les tantes maternelles n'avaient jamais été menstruées et étaient restées stériles.

Les femmes qui n'ont point d'utérus sont fatalement stériles, et il n'y a aucun moyen de modifier leur condition physiologique.

Le diagnostic d'un utérus atrophié peut être fait à l'aide de la palpation abdominale, du toucher rectal et vésical.

Les pères de famille ne devraient jamais négliger de faire pratiquer cet examen lorsqu'ils ont des jeunes filles non menstruées et pas tout à fait « comme toutes les femmes », car l'*uterus deficiens* commande la « retraite », et devrait, à notre avis, être considéré par la loi comme un cas de divorce.

Le D[r] Balade a rapporté récemment un cas assez curieux d'absence d'utérus et de vagin (1) :

(1) Communication faite à la Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux, dans la séance du 27 juillet 1891, et *Journal de médecine de Bordeaux*, 4 oct. 1891.

« En 1886, je fus appelé, dit-il, pour donner des soins à une malade âgée de dix-huit ans. « La santé de ma fille m'inquiète, me dit la mère; voici déjà trois ou quatre ans qu'elle reçoit les soins du Dr X...; elle a l'aspect extérieur d'une bonne santé, mais elle n'est jamais venue à ses époques, malgré la quantité de fer et de quinquina qu'elle a prise d'une façon très régulière, malgré l'excellente alimentation à laquelle je l'ai soumise. Ma fille est anémique, ne cesse-t-on de me répéter, et ses règles arriveront plus tard. »

» Mademoiselle X.....est une belle jeune fille, brune, fortement constituée; elle n'a point les conjonctives décolorées; elle présente tout l'aspect extérieur de la santé et ne se plaint absolument d'aucune douleur.

» Je l'ausculte avec grand soin et ne trouve rien, ni au cœur, ni dans les vaisseaux du cou, ni dans la poitrine.

» Je déclare à la famille que je suis obligé de procéder à un examen direct pour m'éclairer.

Je fais mettre la jeune fille dans son lit; les seins sont bien développés; le système pileux est celui d'une femme; les formes extérieures sont absolument féminines; je pratique le palper abdominal, qui ne me décèle rien; le ventre est souple, point douloureux; pas de tuméfaction. Ayant voulu pratiquer le palper vaginal, je suis immédiatement arrêté; à peine l'extrémité de l'index peut être introduite. La jeune fille est placée en position obstétricale. L'aspect extérieur des organes génitaux est absolument normal; les grandes lèvres sont régulières, je les écarte; le clitoris a son volume habituel; les petites lèvres sont régulières; le méat urinaire est à sa place. Au-dessous, je ne trouve pas trace d'hymen; je ne constate qu'une cloison résistante, mais légèrement dépressible à la place de l'entrée du vagin. Je sonde ma malade, le cathétérisme est absolument normal; l'urèthre n'est pas dilaté; l'urine est claire comme de l'eau de roche. La sonde est laissée dans la vessie et je pratique le toucher rectal.

» Combinant mes deux mouvements, je mets mon index en contact avec le bec du cathéter; entre la pulpe de mon index et le bec de ma sonde, il n'y a guère plus de deux millimètres d'épaisseur. En pratiquant le toucher rectal aussi haut que peut porter mon doigt, je ne trouve ni vagin, ni utérus, ni vestige de ces organes.

» Appliquant mon index droit au centre de la cloison, mon index gauche étant dans le rectum, je mets les deux pulpes au contact; elles ne sont séparées que par une épaisseur de tissu de trois à quatre millimètres.

» Revenant à nouveau sur l'examen extérieur, j'explore les trajets inguinaux; je ne trouve ni tuméfaction ni sensation particulière ou douloureuse; je recommence à nouveau le palper abdominal; je déprime encore plus profondément que la première fois la paroi abdominale; je ne trouve aucun vestige d'utérus ou d'annexe, ni à droite, ni à gauche.

» Il résulte de mon examen que le sujet X... est une femme sans utérus ni vagin.

» La santé de mademoiselle X... étant excellente et ne présentant point de poussées douloureuses, il n'y a lieu à intervention ni médicale ni chirurgicale.

» J'interrogeai alors le père et la mère sur leurs antécédents ; rien du côté du père, mais la mère présentait une lésion du côté des voies génito-urinaires. Au début de son mariage, qui remontait à vingt-deux ans de date, elle avait eu un accouchement très laborieux, terminé par le forceps ; une fistule vésico-vaginale de grande dimension avait suivi l'accouchement. Elle n'a jamais voulu recourir à l'intervention chirurgicale contre cette triste infirmité. Trois ans après le premier accouchement, elle est devenue enceinte et elle a donné naissance à la jeune fille qui fait le sujet de cette observation.

» Mon examen terminé, le père me prit à part et me dit : « Je trouve à marier avantageusement ma fille; je vous demande si, en honnête homme, je dois la marier. » Mon rôle devenait

complexe ; je répondis au père qu'à la rigueur il pourrait marier sa fille, mais que son devoir était d'avertir son gendre que son union serait sans postérité.

» A l'appui de ma réponse, voici mes raisons : un des buts du mariage est assurément la procréation, mais la vie et le soutien à deux en est aussi un autre. Combien voyons-nous de femmes ayant dépassé la ménopause se marier ?

» Dans notre cas ou dans un cas analogue, les rapports conjugaux, dès le début, se feront en surface ; avec le temps, ils gagneront en profondeur, car nous savons tous, par de nombreuses observations, que ces vagins rudimentaires sont assez complaisants, à tel point qu'ils ont permis à des prostituées de faire leur métier tout en donnant satisfaction à leur clientèle.

» M. X... réfléchit et m'annonça quelques jours après, avec un certain plaisir, qu'il ne marierait point sa fille. (Il gardait et la fille et la dot.)

» J'ai eu souvent occasion, depuis, de voir mademoiselle X... ; elle est dans une santé floris-

sante et n'a jamais présenté de troubles du côté des organes génitaux. »

§ 2. — *Utérus fœtal, Utérus infantile, Utérus pubescent, Utérus imperforé.*

A côté des cas d'absence complète d'utérus, viennent naturellement se ranger les cas où cet organe, tout en étant d'apparence normalement bien conformé, a néanmoins subi un arrêt de développement partiel ou total.

L'*Uterus fœtal* se produit quand l'utérus, complètement développé dans ses formes générales, reste stationnaire et conserve l'aspect et les dimensions qu'il a chez le nouveau-né. J. Clcquet a cité un remarquable exemple de cette anomalie chez une femme de 22 ans, qui, en même temps, portait des trompes et des ovaires d'une femme de son âge.

Entre l'*Uterus fœtal* et l'*Uterus infantile*, il n'y a qu'une question de nuance.

L'*Uterus pubescent* lui-même ne représente aussi que la persistance d'un état évolutif tran-

sitoire, avec cette simple différence que l'arrêt de développement est survenu à une époque plus tardive, intermédiaire à celui de la petite fille et de la fille prépubère. En général, cette anomalie s'accompagne d'organes génitaux externes peu développés et de seins avortés.

Les conséquences physiologiques de cet état sont la stérilité, et des troubles variables de la menstruation, dont aucun d'eux n'est pathognomonique, car si l'aménorrhée est ordinaire, il peut aussi y avoir divers phénomènes symptomatiques d'une menstruation difficile. Dans tous les cas, il est indiqué de faire un diagnostic précis de l'Utérus pubescent, s'il est vrai que cet arrêt de développement n'est pas absolument incurable (Puech).

Certains médecins pensent, en effet, que les moyens propres à fortifier l'organisme général peuvent donner une poussée à l'utérus avorté et lui faire reprendre son évolution un instant arrêtée. Ils placent aussi sur la même ligne les rapports sexuels, qu'ils croient susceptibles de

favoriser le développement du système utérin.

Chez une femme morte dans le service du professeur Charcot à la Salpêtrière, on trouva un utérus plein, musculeux, sans aucune trace de cavité centrale, avec museau de tanche percé cependant, et des trompes imperforées. Par contre, les ovaires étaient normaux, couverts de cicatrices menstruelles, encore que cette femme, très lascive, n'ait jamais été réglée. Nature ardente et inassouvie, elle avait acquis les caractères d'un hystéricisme outré, et ses nuits étaient troublées par des rêves voluptueux et lubriques (1).

§ 3. — *Imperforation et atrésie du col utérin.*

L'*imperforation congénitale* du col de la matrice coïncide le plus souvent avec d'autres malformations du canal génital, comme la duplicité de l'utérus et du vagin. Elle est totale et occupe toute l'étendue du canal cervical, ou, au contraire, siège à l'orifice interne ou à l'orifice

(1) Charcot, *Soc. anatomique*, 26 mars 1880.

externe du col. Meredith, Dubreuil, Chiarleoni, Griffith, etc., ont rapporté des exemples de cet ordre. Fleetwood Churchill (1) en rapporte deux cas qui furent traités avec succès.

Un état moins accusé que l'imperforation est l'*atrésie congénitale* du col de la matrice.

L'atrésie conduit à une dysménorrhée pénible et à la stérilité. La dilatation progressive peut amener la guérison de cet état, et il faut y recourir, car, à la longue, cette anomalie peut provoquer l'hématométrie, l'hématosalpinx et la métrite.

L'oblitération est plus grave encore. Elle conduit fatalement à la rétention du flux menstruel dans l'utérus qui se distend et constitue, au bout de quelque temps, une tumeur pelvi-abdominale qui simule la grossesse. Le sang et les liquides transsudés à la surface de la muqueuse utérine gagnent les trompes et sont la cause de l'hématosalpinx. La trompe peut se rompre, le

(1) Fleetwood Churchill, *Maladies des femmes*. Paris, 1881.

sang peut passer du pavillon dans la cavité péritonéale ; il en résulte une hématocèle péri-utérine ou pelvienne.

Le seul traitement de cette grave malformation est la ponction, suivie d'injections antiseptiques.

On maintiendra ensuite une canule en verre ou en caoutchouc dans l'ouverture pendant un certain temps. Mais il faut savoir que la ponction peut provoquer des accidents, notamment la pyométrie.

C'est au moment de la puberté que l'oblitération du col utérin donne lieu à des accidents. Rarement même, on la soupçonne avant cette époque. L'examen direct, uni à l'absence de règles et aux douleurs périodiques qui correspondent à l'aménorrhée, ainsi qu'à l'apparition d'une tumeur qui augmente progressivement, permettront de faire aisément la diagnose.

Dans le cas d'utérus double, il peut y avoir hématométrie unilatérale.

§ 4. — *Atrophie et hypertrophie de l'utérus.*

L'*atrophie congénitale* de l'utérus se confond avec l'utérus pubescent.

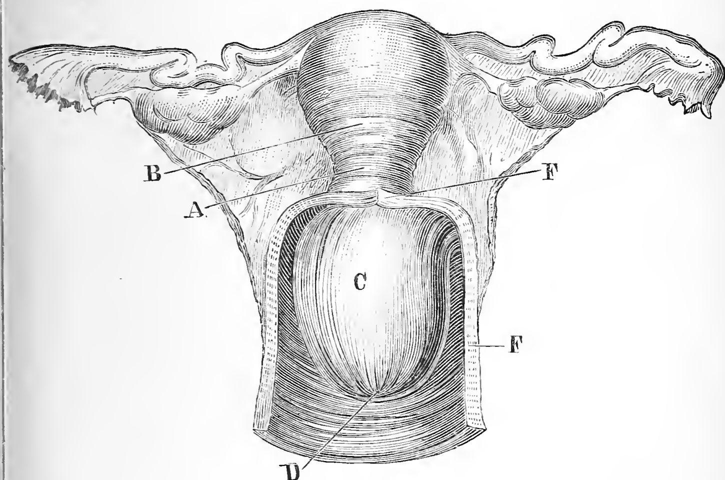


Fig. 34. Vue d'ensemble de l'utérus avec hypertrophie sous-vaginale du col.

A, portion sus-vaginale ou pelvienne du col ; — B, corps de l'utérus ; — C, portion vaginale du corps hypertrophiée ; — D, museau de tanche ; — E, E, paroi du vagin qui a été ouvert en avant.

C'est une anomalie, un arrêt dans l'évolution de l'utérus, qui correspond souvent, ou bien à un arrêt général de tout l'organisme, tel que des

jeunes filles de vingt ans qui en sont frappées conservent l'aspect de fillettes impubères, ou bien un arrêt partiel consistant surtout en une étroitesse pelvienne toute particulière.

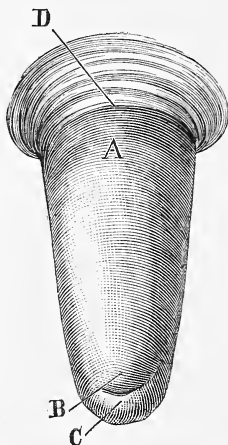


Fig. 35 Allongement hypertrophique du col.
A, col de l'utérus ; — B, lèvre antérieure, et C, lèvre postérieure du museau de tanche ; — D, insertion du col sur l'utérus.

L'*hypertrophie congénitale* est totale ou partielle, suivant qu'elle envahit tout l'utérus ou seulement son corps ou son col (fig. 34). Dans ces conditions, l'utérus d'une femme adulte peut avoir les dimensions de celui d'un nouveau-né.

Le col est très allongé, cylindrique (fig. 35), ou conoïde (fig. 36), d'autres fois tapiroïde par excès de saillie de la lèvre antérieure. Il peut remplir le

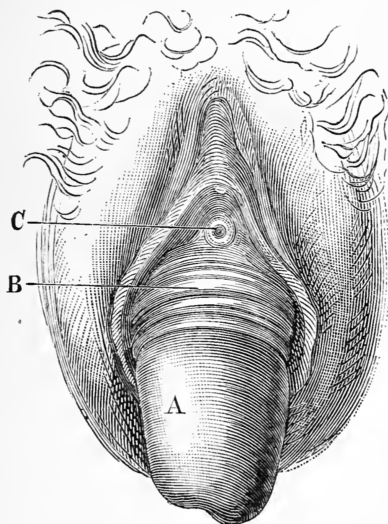


Fig. 36. Hypertrophie sous-vaginale du col de l'utérus.

A, Col de l'utérus ; — B, corps de l'utérus ; — C, méat urinaire (orifice vulvaire du canal de l'urèthre).

vagin et dépasser la vulve, où il simule un prolapsus utérin (fig. 37). La sténose du museau de tanche coïncide assez souvent avec cette malfor-

mation par excès qui s'accompagne aussi de dysménorrhée et de dyspareunie.

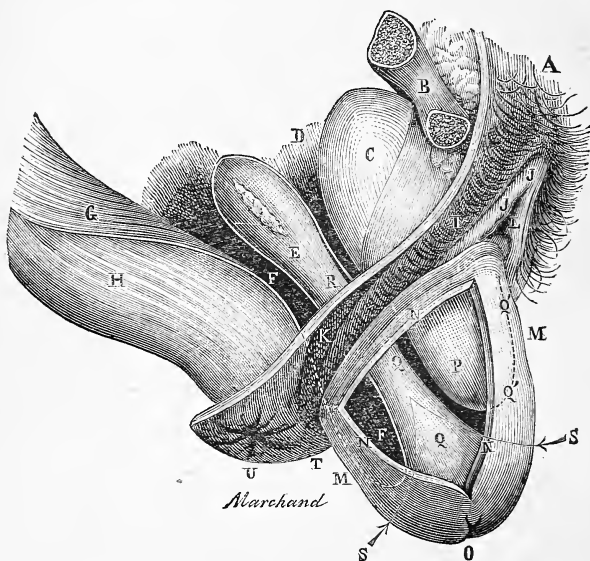


Fig. 37. Coupe antéro-postérieure du bassin dans un cas d'allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col de l'utérus.

A, mont de Vénus ; — B, branche droite du pubis sciée ; — C, vessie ; — D, cul-de-sac utérin ; — E, utérus ; — F, cul-de-sac utéro-rectal ; — G, péritoine utéro-rectal ; — H, rectum ; — I, grande lèvre droite ; — J, petite lèvre droite ; — K, pli génito-crural ; — L, méat urinaire ; — M, parois du vagin ; — N, paroi de la fenêtre faite au vagin ; — O, museau de tanche ; — P, fond de la vessie ; — Q, portion sus-vaginale du col hypertrophiée ; — R, corps de l'utérus ; — S, ligne d'amputation du col ; — T, périnée ; — U, anus.

Ce développement précoce et exagéré de l'utérus est souvent en rapport avec un développement prématuré des organes génitaux externes, et des mamelles, et avec des menstruations précoces.

Dans une observation de Kussmaul, la menstruation s'était établie à deux ans chez une petite fille, qui, à huit ans, eut une grossesse terminée par un accouchement normal!

L'hypertrophie du col est digne d'être retenue au point de vue fonctionnel. On sait que parmi les obstacles à la fécondation, outre les déviations utérines, le catarrhe utérin et l'étroitesse de l'orifice du museau de tanche, le professeur Pajot a fort bien indiqué que l'allongement du col, le col en pain de sucre, mais surtout le col en toupie, pouvaient jouer le même rôle (1).

On peut dire que si, vingt-cinq fois sur cent peut-être, la stérilité est la faute de l'homme

(1) Pajot, *Ann. de Gynécologie,* t. XXV, p. 255.

(Pajot), il n'en reste pas moins soixante-quinze cas pour cent à l'actif de la femme.

§ 5. — *Positions anormales de l'utérus.*

Par *positions anormales* de l'utérus, nous ne

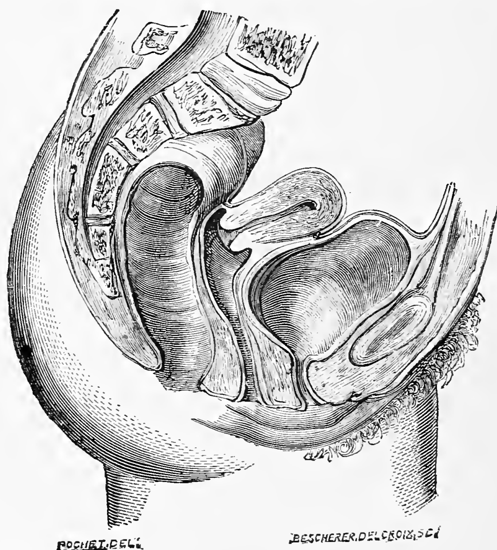


Fig. 38. Antéversion de l'utérus.

voulons pas entendre les *déviations utérines*, *antéversion* (fig. 38), *antéflexion* (fig. 39), *ré-*

troversion (fig. 40), *rétroflexion* (fig. 41), *prolapsus* (fig. 42), etc.

Ces positions sont presque toujours *acquises*;

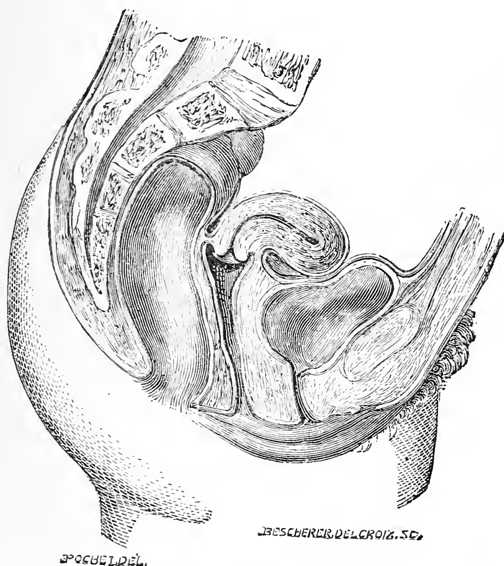


Fig. 39. Antéflexion de l'utérus.

elles sont le résultat de déviations pathologiques ou bien elles sont une conséquence accidentelle de la grossesse.

Quand la femme est enceinte, cet accident est

rare : il se présente seulement dans les cas où l'utérus a à peu près son volume normal et qu'il est encore dans la cavité du bassin. Il y a d'ail-



Fig. 40. Rétroversion de l'utérus.

leurs diverses circonstances qui préservent les femmes de ce déplacement. Situé près du détroit supérieur, l'utérus s'appuie antérieurement sur la vessie et se trouve, en arrière, en contact

avec le rectum. La situation oblique du bassin favoriserait la production de l'antéversion, n'était l'obstacle formé par la vessie, souvent

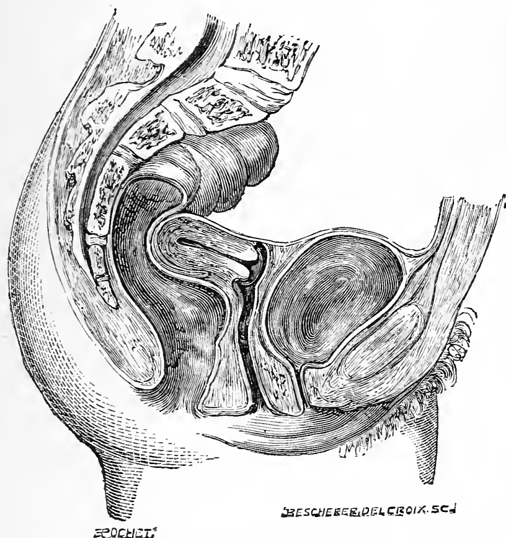


Fig. 41. Rétroflexion de l'utérus.

distendue, et la réflexion du péritoine, d'un organe sur l'autre. Tant que la vessie renferme beaucoup d'urine, l'antéversion est impossible. Quand ce déplacement a lieu (fig. 43 et 44), le

fond de l'utérus vient antérieurement jusqu'à la face postérieure de la symphyse du pubis et

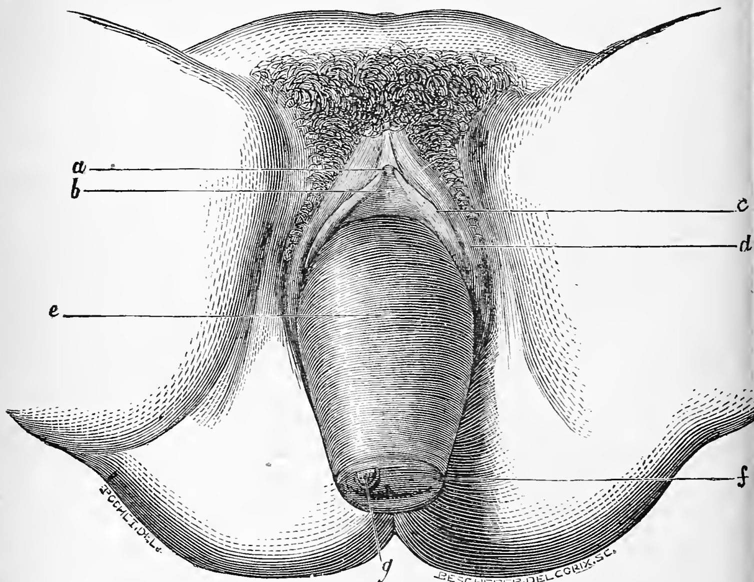


Fig. 42. Prolapsus complet de l'utérus.

a, clitoris; — *b*, méat urinaire; — *c*, petite lèvre; — *d*, grande lèvre; — *e*, utérus prolabé; — *f*, lèvre antérieure, et *g*, lèvre postérieure du museau de tanche.

presse sur le col de la vessie; le col utérin s'applique en arrière sur le rectum, et ainsi l'organe,

au lieu d'être à peu près perpendiculaire, se trouve placé transversalement.

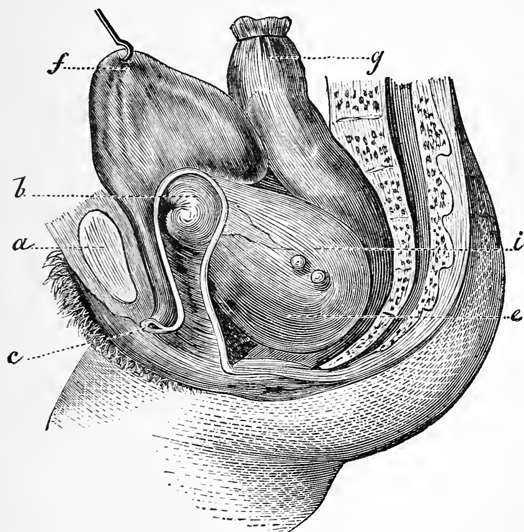


Fig. 43. Rétroversion de l'utérus dans les premiers temps de la grossesse.

a, pubis ; — *b*, col utérin au fond du vagin ; — *c*, méat urinaire ; — *e*, corps de l'utérus ; — *f*, vessie que l'on a érignée ; — *g*, rectum ; — *h*, angle sacro-vertébral ; — *i*, coupe du ligament large.

Nous ne parlons pas non plus des déplacements de l'organe, auxquels on a donné le nom d'*hystérocèle*, ou des orifices anormaux que l'on a appelés *fistules utérines*.

Si ces états, à la rigueur, peuvent être congénitaux, ils coïncident alors avec des anomalies

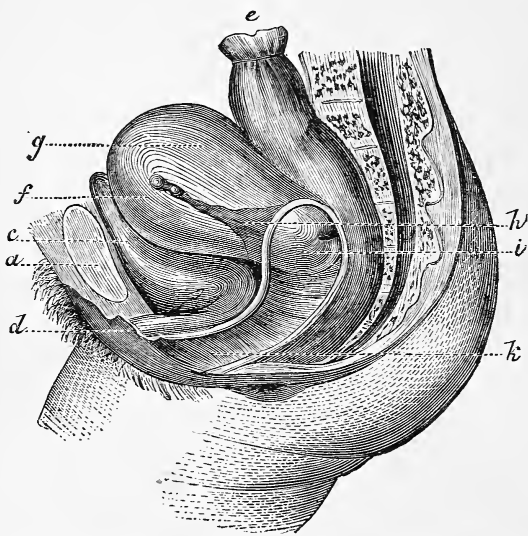


Fig. 44. Coupe du bassin vu de profil, représentant l'antéversion de l'utérus.

a, pubis; — *c*, vessie; — *d*, urèthre; — *e*, rectum; — *f*, utérus; — *g*, corps de l'utérus; — *h*, hile de l'utérus; — *i*, museau de tanche; — *k*, vagin (Boivin et Dugès).

graves de l'organisme, auxquelles on réserve d'ordinaire le nom de *monstruosités*.

Mais il est une position congénitale de l'uté-

rus qui dérive d'un arrêt localisé de développement sur lequel nous devons nous arrêter en passant.

Cette anomalie de position, c'est ce que l'on a appelé l'*obliquité et latéro-position congénitales de l'utérus.*

Elle est due à une véritable asymétrie de l'utérus, dont l'une des moitiés est prédominante, et entraîne une distorsion de l'organe, qui s'incline du côté surdéveloppé. Il y a latéroversion. Dans ces circonstances, le ligament large est bref du même côté.

Si l'on n'était prévenu, on pourrait confondre cette malformation avec l'utérus unicorne.

§ 6. — *Utérus double.*

Les deux conduits de Müller, avons-nous dit, s'adossent l'un à l'autre et se fusionnent en un tube unique pour former l'utérus et le vagin. Supposons que cet adossement n'ait pas lieu, les conduits de Müller subissant d'ailleurs individuellement leur évolution normale, l'utérus et

le vagin seront doubles. Que la fusion, sans faire tout à fait défaut, soit simplement incomplète ou retardée, et nous aurons toutes les variétés, depuis la duplicité complète jusqu'à l'utérus simplement échancré. L'explication naturelle de ces malformations nous est fournie par la perturbation apportée au travail de jonction et de fusion, qui s'opère normalement entre les deux conduits de Müller.

Tous les faits caractérisés par la prédominance de l'une des moitiés de l'utérus, l'autre restant rudimentaire (fig. 45), constitueront un deuxième groupe de malformations trouvant leur raison d'être dans l'inégalité de développement individuel des deux conduits de Müller.

On a désigné sous des noms spéciaux chacun de ces aspects de l'utérus, qui, à vrai dire, ne constituent que des degrés divers d'un même état tératologique. Les dénominations d'*utérus unicorne*, *bicorne*, *cordiformis*, *semi-partitus* ou *biloculaire*, *bi-partitus*, *duplex* ou *didelphe*, *parvicollis*, *deficiens*, etc., répondent évi-

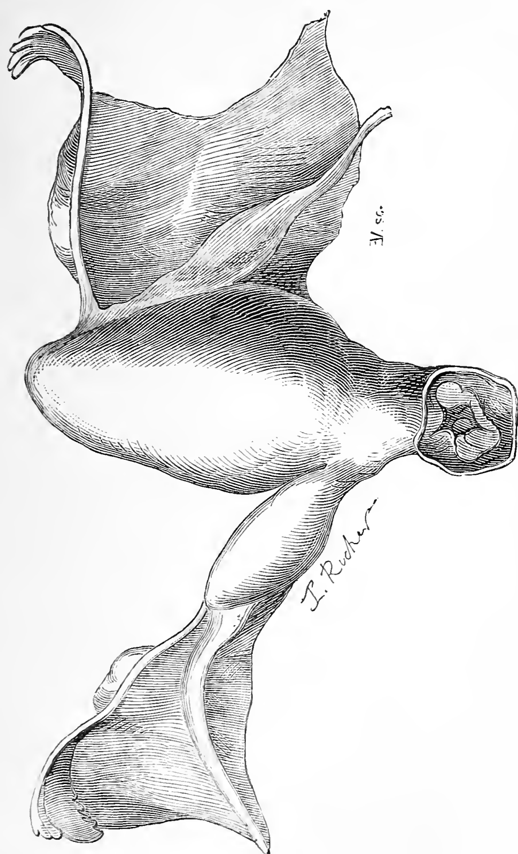


Fig. 45. Utérus double dont une seule des deux cornes s'est régulièrement développée, l'autre étant restée à l'état rudimentaire. (Huguier.)

demment à des cas spéciaux bien observés, mais présentant entre eux une parenté étiologique indéniable qui permet de les diviser en deux groupes principaux, dont l'un trouve sa raison d'être dans une perturbation apportée au travail de fusionnement des deux conduits de Müller, et dont l'autre s'explique par un défaut de synchronisme dans l'évolution de ces organes.

1. *Utérus bicorne (U. bicornis)*. — Dans cette variété, l'utérus est divisé en deux cornes vers son fond (fig. 46) ou simplement échancré, disposition ordinaire chez nombre d'espèces animales, notamment les Rongeurs, les Carnassiers, les Ruminants.

En général, la corne gauche est dirigée en avant, et l'on trouve fréquemment une bride qui passe entre les deux cornes et s'étend de la vessie au rectum (fig. 47). Cette bride semble être la cause de l'anomalie. Rarement les deux cornes sont d'un volume égal ; on observe toutes les transitions entre l'utérus bicorne et l'utérus unicorne.

Dans ces circonstances, les parties génitales

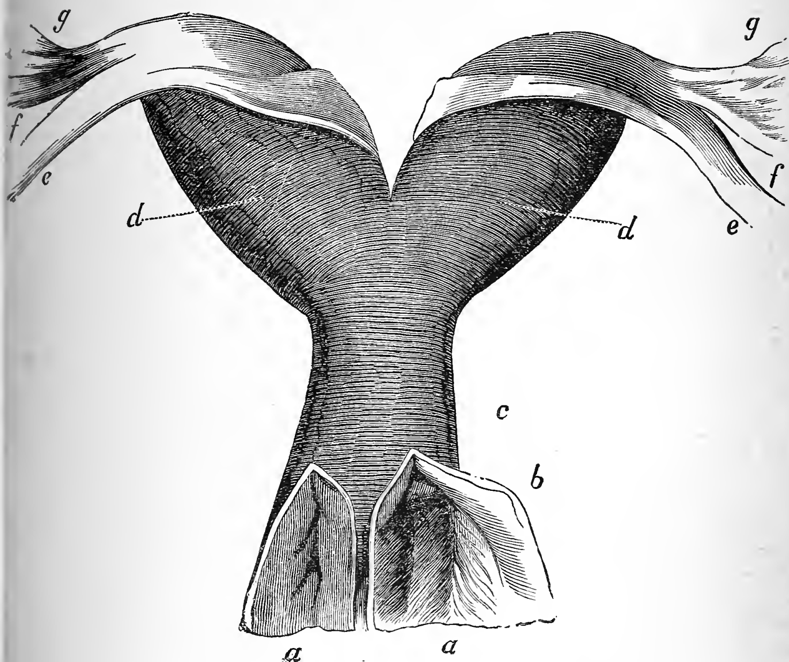


Fig. 46. Utérus bicorne avec double vagin, chez une jeune fille de 17 ans.

a, *a*, les deux vagins ouverts ; — *b*, orifice de l'utérus gauche ; — *c*, les deux portions cervicales adossées ; — *d*, *d*, les deux cornes utérines ; — *e*, *e*, ligaments ronds ; — *f*, *f*, les oviductes ; — *g*, *g*, les ovaires.

externes, les seins offrent leur développement

ordinaire. La menstruation peut se faire dans les deux cornes, et la grossesse a pu laisser persister la menstruation d'un côté, comme le ra-

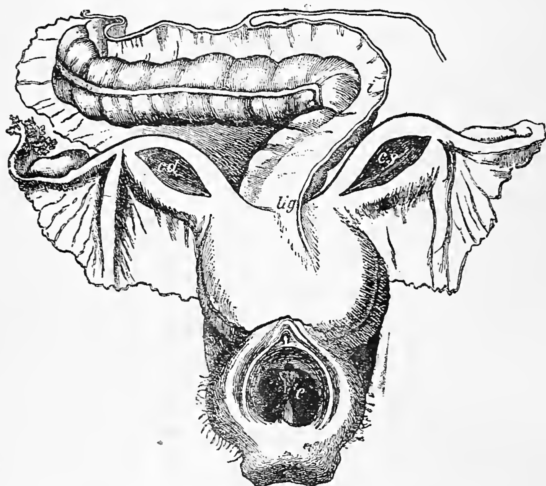


Fig. 47. Utérus bicorne avec le ligament vésico-rectal très prononcé.

cd, corne droite, et *cs*, corne gauche de l'utérus ; — *lig*, ligament vésico-rectal ; — *e*, vagin.

conte Henderson d'une femme qu'il observa en 1883.

La grossesse peut suivre un cours régulier (fig. 48), et l'on a observé des grossesses gémel-

laires avec un fœtus dans chacune des cornes ou les deux dans la même corne.

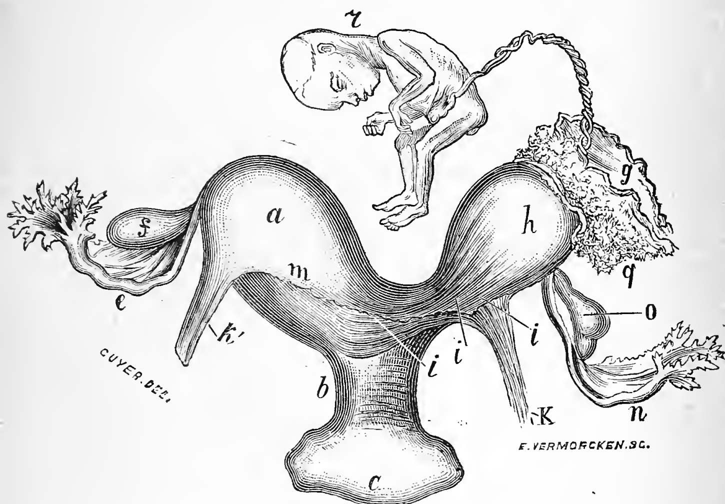


Fig. 48. Grossesse dans un utérus bicorne, prise pour une grossesse tubaire.

a, corne utérine droite ; — *b*, col utérin ; — *c*, vagin ; — *e*, trompe ; — *f*, ovaire ; — *g*, placenta ; — *h*, corne utérine gauche ; — *i*, *i*, péritoine utérin ; — *k*, *k'*, ligaments ronds de l'utérus ; — *n*, trompe gauche ; — *o*, ovaire gauche ; — *r*, fœtus.

Mais il faut se rappeler que la grossesse simple dans un utérus double expose beaucoup à l'avortement (Bayard), et que la grossesse double peut conduire à la rupture de la cloison (West, Olli-

vier), et, ce qui est plus grave encore, à la rupture de l'utérus (Depaul, Gallard, etc.)

Cependant, nous représentons (fig. 49) un utérus bicorne d'une femme accouchée pour la dixième fois.

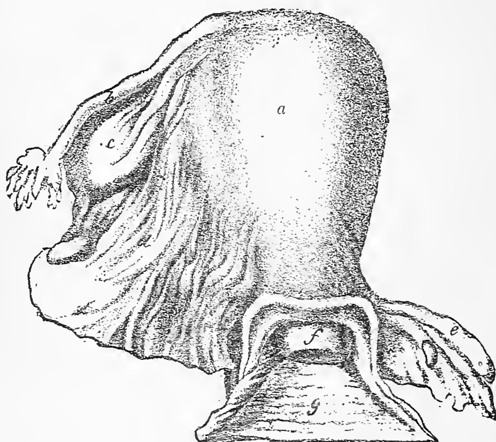


Fig. 49. Utérus bicorne d'une femme accouchée pour la dixième fois.

2. *Utérus biloculaire* (*Uterus septus*, *Uterus subseptus*). — Dans cette forme, l'utérus paraît unique ; son aspect extérieur est normal, mais sa cavité est divisée par une cloison en deux compartiments complets (*Uterus septus, bipar-*

titus), ou incomplets (*Uterus subseptus*) (fig. 50 et 51); dans le premier cas, la cloison mé-

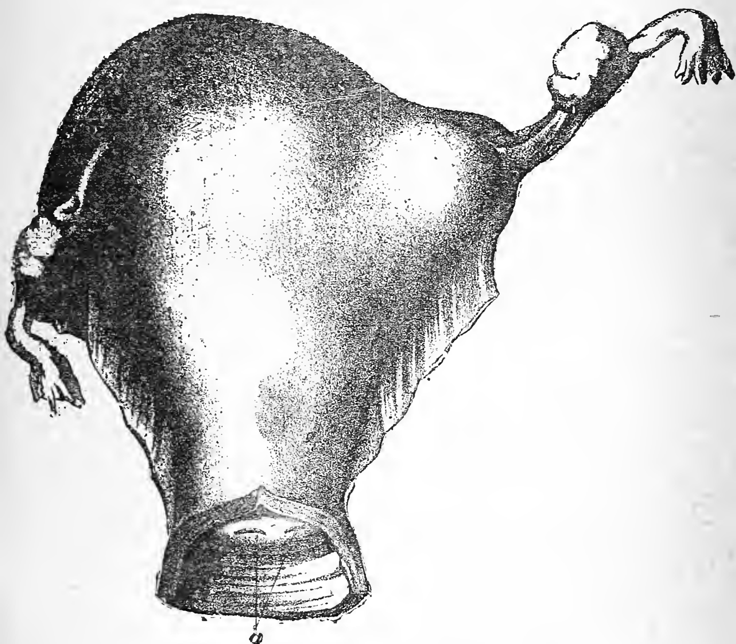


Fig. 50. Utérus bipartitus avec double vagin.

diane divise l'utérus dans toute son étendue, tandis que dans le second, elle ne descend pas jusqu'au point de partager le col en deux ca-

naux (fig. 52). L'utérus septus a deux cols ; l'utérus subseptus n'en a qu'un seul.

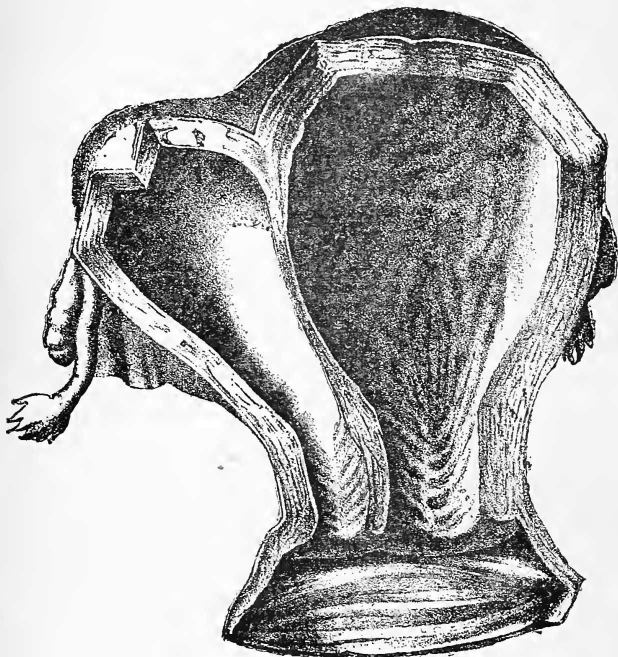


Fig. 51. Utérus représenté fig. 50 ouvert pour montrer la cloison qui le sépare en deux loges.

Dans certains cas, l'une des deux cavités, beaucoup moins développée que l'autre, peut

être atteinte d'atrésie et donner lieu à l'hémato-métrie.

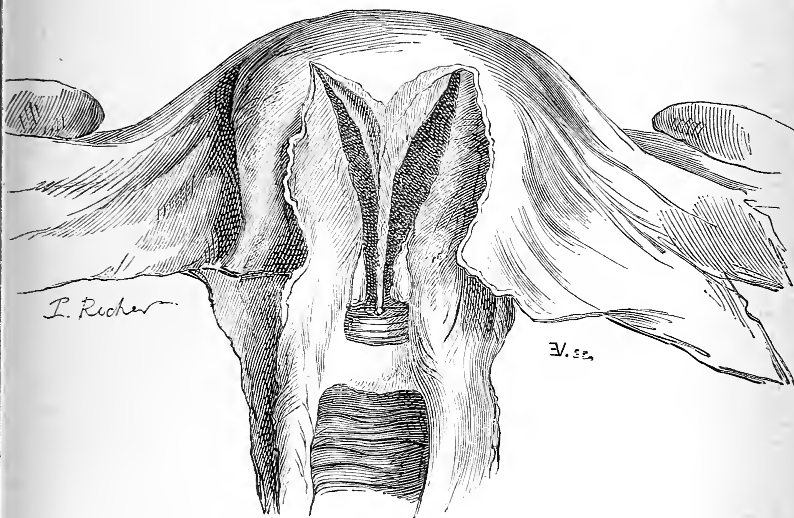


Fig. 52. Utérus simple extérieurement, divisé à l'intérieur par une cloison verticale, en deux cavités distinctes. (Huguier.)

L'utérus biloculaire n'est pas très rare, Cassan en a réuni vingt-et-une observations. En 1888, j'en ai moi-même observé un très bel exemple (fig. 53) chez un nouveau-né, du reste

bien conformé, à part un double uretère de chaque côté (1).

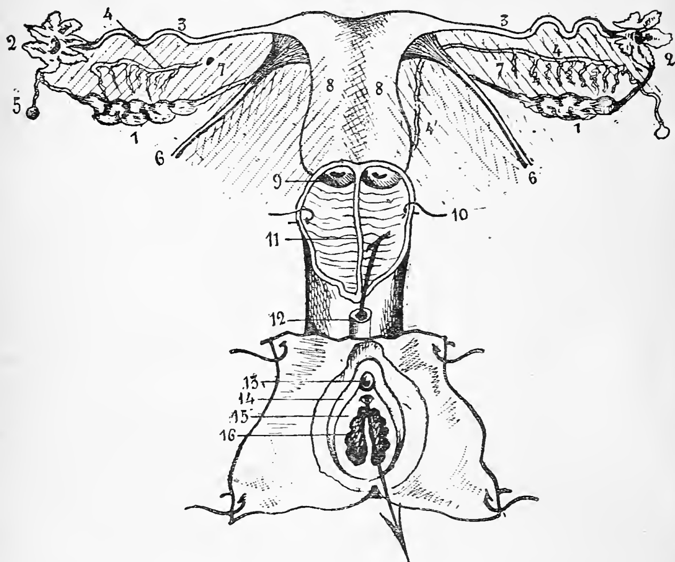


Fig. 53. Organes génitaux d'une petite fille. Double utérus, double vagin, double hymen (Institut anatomique de Lille).

1, ovaire; — 2, pavillon de la trompe de Fallope; — 3, trompe de Fallope, oviducte; — 4, organe de Rosenmüller, parovaire; — 5, hydatide pédiculée de la trompe; — 6, ligament rond de l'utérus; — 7, ligament large; — 8, 8, les deux utérus, avec 9, leurs museaux de tanche, s'ouvrent dans chacun des deux vagins, 10 et 11; 12, canal de l'urèthre dans lequel est introduite une flèche; — 13, méat urinaire; — 14, petites lèvres; — 15, vestibule de la vulve; — 16, hymen double.

(1) Ch. Debierre, *Bull. de la Soc. anatomique*, p. 511, (1889.)

3. *Utérus didelphe* (*Uterus duplex*). — L'*utérus didelphis* est véritablement un utérus double (fig. 54); chaque segment a l'apparence d'un utérus complet unicorne, plus ou moins accolé à son voisin.

Pendant longtemps on a cru que cette malformation, qui rappelle l'état normal des Marsupiaux, ne se produisait que chez des monstres non viables. De fait, on la rencontre dans ces conditions coïncidant avec l'exstrophie de la vessie, l'atrésie de l'anus et la persistance du cloaque.

Mais l'utérus duplex peut se rencontrer chez la femme du reste bien conformée.

Les cas les plus curieux de ce genre qui aient été rapportés sont ceux d'Ollivier (1872) et d'Heitzmann (1883). — Celui d'Ollivier a trait à une femme de quarante-deux ans qui avait eu six enfants; celui d'Heitzmann (fig. 55) concerne une jeune fille de vingt-trois ans. Ces deux femmes avaient en même temps un double vagin. En réalité, il y a dans ces cas deux utérus

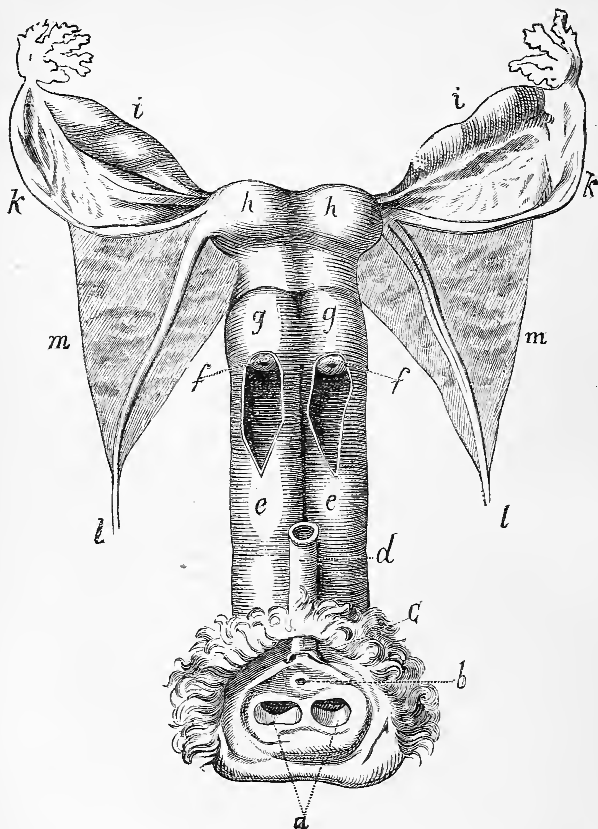


Fig. 54. Utérus et vagin doubles, d'une fille de 19 ans.

a, a, les deux hymens ; — *b,* méat urinaire ; — *c,* grandes lèvres ; — *d,* canal de l'urèthre ; — *e, e,* les deux vagins ; — *f, f,* les deux cols utérins ; — *g, g,* les deux utérus ; — *h, h,* les deux fonds des utérus ; — *i, i,* les deux ovaires ; — *k, k,* les deux trompes de Fallope ; — *l, l,* les deux ligaments ronds ; — *m, m,* les deux ligaments larges.

distincts, ayant chacun une trompe, un ovaire

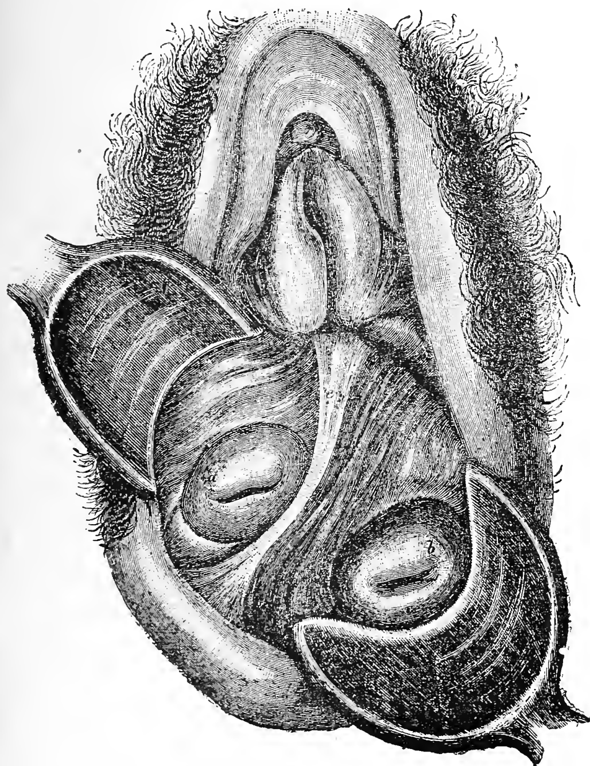


Fig. 55. Utérus didelphis d'après Heitzmann; vagin très dilaté.

et un ligament rond. Ils résultent du développe-

ment indépendant des deux conduits de Müller.

Queirel (1) a rapporté le cas curieux d'un nouveau-né de sexe féminin ayant extérieurement l'aspect d'un garçon, qui avait deux utérus distincts, avec chacun leur trompe, leur ovaire et leur ligament rond. La verge, percée par l'urèthre, surmontait deux plis cutanés soudés sur la ligne médiane et simulant un scrotum vide, et dans son canal venaient déboucher les deux vagins. Il y avait en même temps imperforation de l'anus. Ce cas s'explique par suite : 1° d'une union anormale (chez la femelle) des plis génitaux ; — 2° par l'exagération du phallus ; 3° par l'absence de développement de l'involution ectodermique (cloaque externe), qui va à la rencontre de l'extrémité postérieure de l'intestin et constitue le canal anal.

§ 7. — *Duplicité de l'orifice externe du col.*

La *duplicité de l'orifice externe du col (Uterus biforis)*, c'est-à-dire un museau de tanche

(1) Queirel, *Ann. de Gynécologie*, t. XXXI, p. 262, 1889.

percé de deux orifices, peut exister en dehors de tout cloisonnement du canal génital, ce qui reproduit une disposition normale chez le Paresseux, le Fourmilier.

Cette anomalie, dont l'accoucheur doit être prévenu, peut devenir, à un moment donné, une cause de dystocie.

§ 8. — *Cloisonnement transversal incomplet du col.*

Breisky, P. Müller, et depuis Bidder, P. Budin, E. Blanc, Trachet (1) ont observé une difformité curieuse du col, qui consiste dans la présence d'un repli, d'une sorte de valvule, d'un diaphragme, faisant saillie dans sa cavité et pouvant devenir un obstacle à la délivrance.

Guéniot (2) a rapporté une observation de dystocie dans laquelle un cloisonnement transversal congénital de la partie inférieure de la

(1) Voy. *Prgrès médical*, 1887, et *Arch. de Tocologie*, p. 359, 1889. et t. XVII, p. 845, 1890.

(2) Guéniot, *Soc. de Chirurgie*, 24 mai 1882.

matrice, séparant la cavité du corps de celle du corps, avait causé une présentation de l'épaule et provoqué la mort.

§ 9. — *Communication de l'utérus avec les réservoirs voisins.*

On a signalé les cas rares de communication anormale et congénitale de la cavité utérine, soit avec la vessie, soit avec le rectum, soit simultanément avec ces deux réservoirs.

Lorsqu'il en est ainsi, c'est qu'il y a persistance de cet état transitoire dans lequel les conduits de Müller viennent s'aboucher avec l'ouraque et le rectum dans le cloaque, qu'un cloisonnement ultérieur doit diviser en deux cavités bien séparées. Quand ce cloisonnement ne se fait pas, on a l'une ou l'autre des communications anormales dont nous venons de parler.

C'est ainsi qu'on a vu des femmes, dépourvues de vagin, être fécondées par le rectum. C'est aussi dans ces circonstances que l'urèthre peut faire fonction de vagin.

§ 10. — *Conséquences physiologiques et pathologiques des malformations de l'utérus.*

Dans tous les cas où les orifices du col sont libres, ainsi que ceux des trompes, et que les ovaires sont à leur place et normalement constitués, la fécondation est possible. La gestation peut se faire régulièrement et la grossesse être menée jusqu'à son terme. Cependant le cloisonnement de l'utérus peut devenir une cause de dystocie.

En 1864, Gallard observa à l'hôpital Saint-Antoine une femme atteinte d'utérus cordiformis, chez laquelle l'utérus se rompit au moment de l'accouchement.

Plus récemment, Polaillon (1877) a montré que le cloisonnement incomplet de la cavité utérine peut exercer une influence sur la position du fœtus dans la matrice, et aussi sur l'insertion du placenta. En effet, chez une jeune primipare, enceinte de huit mois et demi affectée d'un utérus subseptus, Polaillon se trouva en

présence d'une présentation de l'épaule qui nécessita la version, et d'une insertion vicieuse du placenta qui entraîna une forte métrorrhagie et nécessita le tamponnement. La femme mourut deux heures après.

Chez une autre femme de trente-huit ans, enceinte de huit mois environ, le même chirurgien observa une présentation du tronc; il put extraire par version podalique une grosse fille bien conformée; quelque temps après, à l'autopsie de cette femme morte de maladie d'Addison, Polaillon retrouva un utérus incomplètement cloisonné.

Le cloisonnement utérin paraît donc avoir une influence non douteuse sur la présentation du fœtus au moment de l'accouchement, et sur l'insertion du placenta, double effet que l'accoucheur ne doit pas perdre de vue pour le pronostic, lorsqu'il a diagnostiqué la malformation utérine avant l'accouchement.

Quand l'utérus, au lieu d'être imparfaitement cloisonné, est divisé en deux moitiés séparées par

une cloison complète, la conception peut se faire dans l'une ou l'autre de ces moitiés, à peu près indifféremment, à moins que l'une d'elles soit rudimentaire, comme cela arrive dans le cas d'utérus unicorne. Chacune de ces moitiés peut être imprégnée à son tour; il y a plus, ces deux moitiés peuvent contenir en même temps chacune un enfant, soit que l'imprégnation ait eu lieu dans le même coït, soit qu'elle ait été opérée successivement à des époques différentes et plus ou moins éloignées l'une de l'autre. La présence d'un utérus double, dont chaque moitié d'ordinaire est précédée d'un vagin particulier, est la seule façon scientifique, en effet, d'expliquer la *superfétation*. Les deux vagins, dans ces conditions, peuvent servir à tour de rôle à la copulation; chacun des deux utérus peut donc être imprégné à son tour et les deux produits, suivant leur développement régulier, peuvent donc être expulsés à des époques variables quoique étant l'un et l'autre au terme physiologique de la grossesse.

C'est ainsi qu'on s'explique qu'une femme déjà grosse ait pu être fécondée une seconde fois avant son accouchement. Quant à admettre qu'une seconde imprégnation puisse se faire dans une cavité utérine déjà gravide, cela n'est possible que très près de la première imprégnation, car, plus tard, la cavité utérine oblitérée par l'œuf qu'elle renferme ne saurait permettre aux spermatozoïdes de gagner la trompe où se fait la fécondation. L'observation citée de cette femme qui, ayant eu successivement commerce avec deux hommes de couleur différente, un Blanc et un Nègre, aurait mis successivement au monde deux jumeaux, dont l'un était noir et l'autre blanc, — ce qui aurait révélé leur double origine, — ne prouve rien contre ce que nous venons de dire. En effet, il y a toujours un certain temps écoulé entre le coït fécondant et le moment de la fécondation. Le spermatozoïde peut ne rencontrer l'ovule qu'il fécondera que douze heures, vingt-quatre heures, plusieurs jours même après qu'il a été déposé dans le

vagin au moment du rapprochement sexuel.

Que, pendant le cours de cette période, un second coït survienne, que les deux spermes se mélangent, et il pourra se faire que deux spermatozoïdes de provenance différente aillent simultanément féconder deux ovules parvenus en même temps qu'eux dans l'utérus ou les trompes, d'où résultera deux jumeaux, qui se développeront simultanément, encore qu'ils aient été engendrés par deux pères différents.

D'autre part, la couleur différente des deux enfants précités ne prouve pas d'une façon absolue qu'ils étaient nés de deux pères différents, car si blanc et blanche donnent un enfant blanc, blanche et noir doivent donner un rejeton non pas nègre, mais mulâtre.

Mais les questions d'imprégnation sont encore si obscures que nous n'insistons pas. G. Colin n'a-t-il pas vu une chienne terrier couverte par un lévrier mettre bas deux lévriers et deux terriers, sans qu'aucun de ces produits portât les traces de métissage? Farabeuf n'a-t-il

pas rappelé, par contre, qu'une jument qui avait été successivement couverte le même jour par un cheval et par un âne, mit au jour un poulain, puis, non pas un âne, mais un mulet, c'est-à-dire un métis portant à la fois l'empreinte de la mère et de l'âne?

Quant aux fœtus d'âges différents que l'on a quelquefois rencontrés dans la même cavité utérine dont ils sont expulsés tantôt simultanément, tantôt avec un certain intervalle, il semble qu'on doive admettre, avec Velpeau, que ce sont là des jumeaux dont l'un a subi son développement régulier, tandis que l'autre s'atrophiait et mourait.

Harris Ross, le 16 juillet 1870, accouchait une femme de deux jumeaux, au milieu du cinquième mois, et le 31 octobre de la même année il accouchait encore la même femme d'un enfant à terme. Entre ces deux accouchements, il y avait eu trois règles. Il y avait un utérus double!

Cette question de superfétation n'a, du reste, qu'un intérêt purement scientifique. Au point de

vue légal, elle est dominée par celle de la durée de la gestation, pour laquelle l'article 312 du Code civil accorde un minimum de 180 jours et un maximum de 300 pour que la filiation d'un enfant ne puisse pas être contestée.

§ 11. — *Hernies de l'utérus.*

Sur dix-neuf cas de hernies de l'utérus, treize ont été observés à la région inguinale, cinq du côté droit, sept du côté gauche. Dans un cas de Roux (1), unique jusqu'à présent, la hernie existait des deux côtés à la fois. L'utérus a été trouvé deux fois dans des hernies crurales, une fois seulement dans une hernie obturatrice, trois fois dans des hernies ombilicales. Généralement, l'utérus est altéré dans sa forme et sa situation est modifiée. Fréquemment, il est accompagné par l'ovaire et par la trompe, et, dans les cas où il vient se loger dans un sac inguinal, on ren-

(1) Roux (de Lausanne), *Congrès français de chirurgie*, 5e session, p. 497; 1891.

contre souvent à côté de lui l'intestin et l'épiploon. Michel Döring, Lédesma, Rektorzick, Scanzoni, ont vu l'utérus gravide dans un sac herniaire inguinal ; — Leotaud, Murray, Hagner dans une hernie ombilicale. Dans les cas de Maret et de Roux, la hernie de l'utérus, manifestement congénitale, semble avoir été provoquée par la brièveté du ligament rond. Mais dans les cas les plus ordinaires, il semble que cet organe est entraîné par une hernie préalable de l'ovaire ou par l'accroissement du sac herniaire aux dépens du péritoine du ligament large (Cruveilhier).

Dans ces circonstances, il peut y avoir mort du fœtus par compression et avortement (cas de Scanzoni), et étranglement qui nécessite l'intervention chirurgicale immédiate. Quand l'utérus gravide, descendu dans une hernie, menace d'accidents sérieux, il est indiqué de recourir sans tarder à l'*opération césarienne*, suivie de l'excision de l'utérus prolabé et des annexes (*opération de Porro*), si ceux-ci participent au

déplacement. Cette pratique a donné, en pareille circonstance, un beau succès à Eisenhart.

ARTICLE VI

MALFORMATIONS DU VAGIN

Les anomalies du vagin, qui ont une commune origine, nous le verrons, avec celles de l'utérus, sont l'absence, le développement rudimentaire et l'imperforation, l'atrésie congénitale, le cloisonnement et l'ouverture anormale de ce conduit.

§ 1. — *Absence, développement rudimentaire, imperforation du vagin.*

L'*absence* complète du vagin est assez rare. La littérature extra-médicale nous fournit quelques cas que nous ne résistons pas au désir de citer.

Le premier est emprunté à Bussy-Rabutin (1).

(1) Bussy Rabutin, *Mémoires de Roger de Rabutin, comte de Bussy*. Nouv. édit. par Lud. Lalanne, t. I, année 1639.

«... Enfin, de faveur en faveur, nous en vînmes à la dernière, mais bon Dieu ! quelle faveur ! Je trouvai que la nature, avare en cette occasion, avait absolument refusé à cette pauvre femme, — une dame fort jolie de Châlons, — ce qu'elle a donné si libéralement à la plupart des autres. D'abord pourtant, comme je ne suis pas fort crédule sur les miracles, je m'imaginai que les façons que font d'ordinaire les femmes en ces premières rencontres, m'avaient fait paraître les choses autrement qu'elles n'étaient, qu'elle avait peut-être même affecté cela pour faire la petite bouche ; enfin, je croyais toutes choses plutôt que ce que je trouvai ; je suspendis donc mon jugement jusqu'à ce que je fusse pleinement éclairci. Véritablement je trouvai que la pauvre femme n'y entendait point de finesse, et de la manière dont elle s'abandonna, je n'eus plus lieu de douter qu'elle ne fût un monstre..... Cependant j'avais pitié de ma maîtresse qui croyait être faite comme les autres femmes, et je n'osais la désabuser de peur de lui faire honte ; je remar-

quais que toutes les fois qu'on parlait de femmes grosses devant elle, elle se récriait sur son bonheur de ne l'avoir point encore été, comme si elle avait pu l'être. — Ce prodige me donna de la peine au commencement, mais enfin je m'y accoutumai; je ne l'aimai pas moins; car la pauvre femme me donnait de bon cœur tout ce qu'elle avait; elle ne l'aurait pas caché, si elle en avait eu davantage » (1).

Et plus loin (2) Bussy Rabutin rapporte une conversation qu'il eut avec sa cousine, mademoiselle de Romorantin :

« Sachez, lui dis-je, que ma maîtresse est un monstre; vous savez bien, ajoutai-je, que l'on dit: ce que tu vois de l'homme n'est pas l'homme; il faut dire ici : ce que tu vois de la femme n'est pas la femme. — Qu'est-elle donc? me répondit-elle. — Elle n'est ni homme ni femme, lui dis-je; elle n'est ni chair ni poisson : c'est une macreuse parlante. — Mais comment encore,

(1) Bussy Rabutin. Pages 49-50.

(2) Bussy Rabutin. Pages 51-55.

me dit-elle, ne sauriez-vous me faire entendre tout juste comme elle est faite? — Attendez, lui dis-je, mademoiselle, il faut que j'y songe un peu; au moins je ne vous parlerai que des dehors du logis; car pour le dedans, je n'en saurais que dire; je n'y ai jamais entré. — Je ne vous demande que ce que vous savez, me répondit-elle. — Eh bien, mademoiselle, lui dis-je, écoutez : vous rencontrez d'abord un beau portail avec des moresques, soutenu de deux colonnes de marbre blanc; et comme vous pensez entrer, vous trouvez que c'est une perspective qui vous a trompé les yeux et que la nature en a muré la porte, dans laquelle elle a seulement fait une fort petite fente pour les menues nécessités et les égouts de la maison; je ne sais si je me fais bien entendre, ajoutai-je, mademoiselle? — Fort bien, me répondit-elle, en riant de tout son cœur. »

La deuxième observation est empruntée à Casanova (1).

(1) Jacques Casanova de Seingalt, *Mémoires écrits par lui-même*. Bruxelles, 1876, t. V, pp. 49 et 50.

« ..... C'est dans cette bienheureuse maison que je passai en revue toutes les jolies demoiselles de madame R..... — Celle que je voulais exploiter y venait toujours accompagnée d'une autre qui lui servait de chaperon, et que je renvoyais d'ordinaire après lui avoir donné sa part au gâteau. La dernière, appelée Victorine, jolie comme un cœur et tendre comme une colombe, avait le malheur d'être ce qu'on appelle *barrée*, et elle n'en savait rien.

Madame R...., qui n'en savait rien non plus, me l'avait donnée pour vierge ; et je la crus telle pendant deux heures de suite, espérant toujours de venir à bout de vaincre le charme ou plutôt de briser la coquille. Tout fut inutile. Enfin, épuisé de fatigue, je voulus voir à quoi tenait l'impossibilité. Je la mis en posture, et, armé d'une bougie, je commençai l'inspection. Je vis une membrane charnue, percée d'un si petit trou que la tête d'une grosse épingle aurait à peine pu y passer. Victorine m'encouragea à forcer le passage avec mon petit doigt, mais je fis de vains

efforts pour percer ce mur, que la nature avait rendu impénétrable par les moyens ordinaires. J'étais tenté de me servir d'un bistouri pour détruire l'obstacle, et la jeune fille m'excitait à le faire; mais craignant une hémorrhagie qui m'aurait peut-être mis dans de cruels embarras, je me retins, et je fis bien. — La pauvre Victorine, condamnée à mourir vierge, à moins qu'un habile chirurgien ne lui fît la même opération que l'on fit à mademoiselle Cheruffini peu de temps après que M. Lepri l'eût épousée, pleura de douleur lorsque je lui dis : — Ma chère enfant, ton petit dieu hymen défie l'amour le plus vigoureux de pénétrer dans son temple. Mais je l'apaisai en l'assurant qu'un bon chirurgien pouvait aisément la rendre femme parfaite. Le lendemain, je racontai l'accident à madame R..... Elle me dit en riant : « Mais voilà un accident heureux pour Victorine; cela peut lui faire faire fortune.» — Le comte de Padoue la fit opérer quelques années après et fit sa fortune. A mon retour d'Espagne, je la trouvai enceinte, ce qui m'em-

pêcha de me payer de mes inutiles efforts. »

Une troisième observation, enfin, a trait à madame Récamier.

Voici ce qu'en dit Prosper Mérimée :

« Il y aurait encore quelque chose à dire sur madame R..., mais cela ne peut se dire ; cependant c'est jusqu'à un certain point le mot de l'énigme. Je ne lui reproche pas de ne pas avoir eu du cœur, mais seulement d'avoir fait semblant d'en avoir » (1).

De son côté, Jules Soury écrit :

« Mais le miracle des miracles, après la beauté surnaturelle de madame Récamier, c'est sa pureté immaculée. Le cas de madame Récamier n'est pas, il s'en faut, inouï. — Qu'on ne nous force pas d'expliquer ce qui est vraiment trop simple » (2).

D'autre part, Alexandre Dumas fils appelle

(1) Prosper Mérimée, *Lettre à la belle-fille de M. William Senior*, 10 juin 1882. *Revue des Deux-Mondes*, 15 août 1879, p. 755.

(2) Jules Soury, *Portraits des femmes*. Paris, 1875, pp. 319-320.

madame Récamier « une vestale involontaire » (1).

Enfin, pour terminer, nous citerons le malicieux et piquant sonnet qui suit (2) :

Chateaubriand et madame Récamier.

Juliette et René s'aimaient d'amour si tendre
Que Dieu, sans les punir, a pu leur pardonner :
Il n'avait pas voulu que l'une pût donner
Ce que l'autre ne pouvait prendre.

. . . .

Lorsqu'il y a absence du vagin, on ne retrouve aucune trace du conduit vaginal entre la vessie et le rectum (fig. 56).

O' Ferral (de Dublin), Gooch et Davies, Boyd, Tyler Smith, Handcock, Amussat, Cormack, Coste, Kluyskens, Debrou, Braid, Watson, Gallard, etc., ont observé l'absence du vagin (3).

(1) Alex. Dumas, *Affaire Clémenceau*, p. 103, Paris, 1867.

(2) *Parnasse satyrique du dix-neuvième siècle.* Rome, à l'enseigne des Sept Péchés capitaux ; sans date, t. I, p. 31.

(3) Voy. Fleetwood Churchill, *Maladies des femmes*, p. 133 et suivantes.

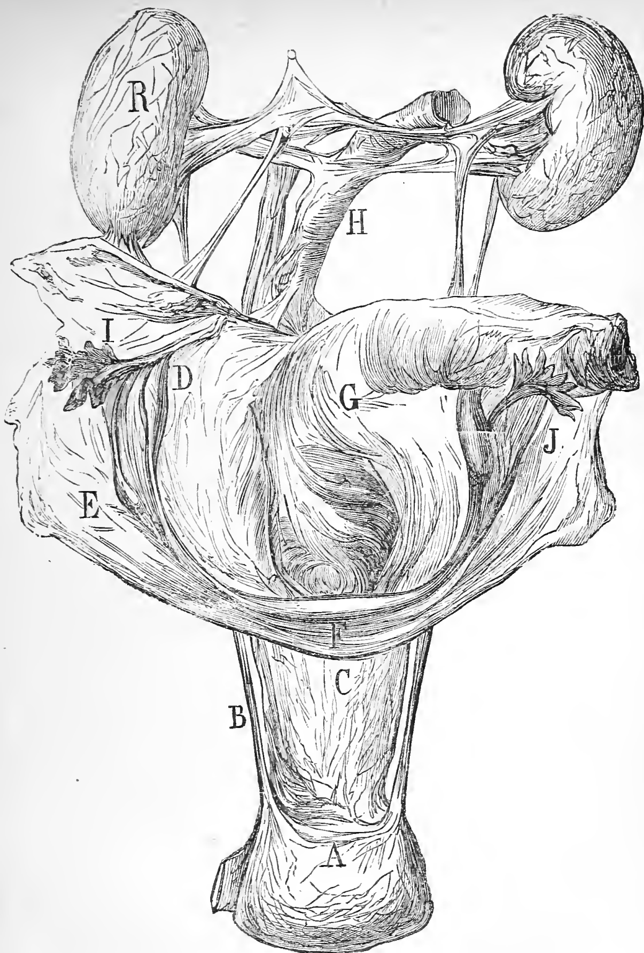


Fig. 56. Absence d'utérus et de vagin.

A, Face postérieure de la vessie qui a été rabattue en avant sur le pubis ; — B, uretère du côté droit ; — C, face antérieure du rectum ; — D, ligament de l'ovaire ; — E, ligament large ; — F, cordon fibreux représentant l'utérus ; — G, rectum ; — H, aorte ; — I, pavillon de la trompe du côté droit : — J, pavillon de la trompe gauche ; — R, rein droit.

Dans le cas d'Amussat (1), il s'agit d'une demoiselle K..., Allemande, qui n'avait aucune trace de vagin. Amussat lui en fit un et à partir de ce moment, cette demoiselle fut régulièrement réglée.

Dans l'*état rudimentaire* du vagin, il existe une traînée fibreuse dans la direction que devrait occuper ce conduit.

L'utérus peut manquer totalement ou être réduit à une corde ; dans d'autres cas, il est normal, les ovaires sont à leur place et bien conformés, mais il n'y a pas de règles.

Plus exceptionnellement, il y a des douleurs périodiques au moment de l'ovulation mensuelle.

Léon Le Fort a rapporté le cas d'une femme de ce genre, qui avait des douleurs excessives à chaque époque menstruelle, avec des hémorrhagies supplémentaires par les yeux, par la peau, ou avec des hémoptysies.

(1) Amussat, *Compt. rend. de l'Académie des Sciences,* 2 nov. 1855, et *Gazette médicale,* 12 déc. 1855.

Tantôt la vulve fait tout à fait défaut, comme Polaillon (1) l'a observé. Mais le plus souvent elle est bien conformée, et l'hymen lui-même peut exister.

M. Charles Jacquemard, interne à l'Hôtel-Dieu de Saint-Étienne, a publié un cas curieux d'absence du vagin que nous lui empruntons (2).

« La nommée C. R..., âgée de 21 ans, pensionnaire d'une maison de tolérance, entre en novembre 1889 dans le service de M. le docteur Cénas, où elle est envoyée par les médecins du dispensaire pour des plaques muqueuses de la vulve et de l'anus.

» En outre des lésions syphilitiques qui motivent son internement à l'Hôtel-Dieu, elle présente une conformation anormale des organes génitaux dont elle prétend ne pas con-

(1) Polaillon, *Soc. de chir.*, 1881.

(2) Jacquemard, *Un cas d'absence du vagin* (*la Loire médicale*, 15 septembre 1890). — Ce travail renferme une bibliographie assez complète de tous les cas observés.

naître l'existence, et qui n'aurait pas été soupçonnée par les clients de la maison publique où elle est entrée un an auparavant.

» Élevée à la campagne, elle aurait eu, à l'âge de 20 ans, un premier rapport sexuel. Elle quitta peu de temps après la maison paternelle pour entrer dans une brasserie-comptoir de la ville voisine, puis dans une maison publique. Il est impossible de connaître le mobile de cette dernière détermination : elle est entrée dans la maison de tolérance de son plein gré, n'étant pas misérable, n'ayant pas été dupe d'un placeur, n'y étant pas attirée par une pensionnaire. La seule raison qu'elle nous donne, c'est qu'elle voulait fuir les déclarations du patron de la brasserie.

» Elle aurait eu ses premières règles à l'âge de 16 ans, et elle assure que depuis cette époque ses règles sont venues régulièrement chaque mois. Elles ne sont pas douloureuses, mais elles sont de très courte durée, puisqu'elles ne coulent qu'un jour au maximum ; le plus souvent

quelques heures seulement, et en si petite quantité qu'elles tachent à peine son linge. Elles seraient même apparues huit jours avant son entrée à l'Hôtel-Dieu. Il nous a été impossible de vérifier les dires de cette malade, puisque ses règles ne se sont pas montrées pendant tout son séjour à l'Antiquaille, qui cependant a été de quatre mois. Elle dit avoir vu une interruption semblable dans l'apparition de ses règles ; cette interruption remonte à deux ans et aurait persisté pendant une année entière.

» D'une forte constitution, elle a des seins très développés, ainsi que de l'adipo-sclérème très accusé des cuisses et des fesses. Elle présente un air garçonnier qui donne à sa personne une tournure particulière. D'une intelligence très faible, elle ne répond que très difficilement à notre interrogatoire. S'imaginant sans cesse qu'on lui pose des questions égrillardes, elle se contente de sourire bêtement et répond invariablement : je ne sais pas. Nous avons cherché à savoir si ses appétits génitaux la portaient à re-

chercher de préférence les hommes ou les femmes. Après avoir hésité, elle nous répond avec son sourire bête : les hommes ! Ajoutons qu'elle a été surprise une nuit en flagrant délit de saphisme. D'ailleurs son état mental ne peut surprendre, si l'on admet avec Gilson (1) une relation de cause à effet assez intime entre les anomalies des organes génitaux et la faiblesse intellectuelle.

» Les organes génitaux externes de notre malade sont conformés normalement. Les poils sont assez fournis. Les grandes lèvres sont un peu minces. D'une profondeur de $0^{m},007$, leur face interne est nettement perpendiculaire à la surface de la vulve. Les petites lèvres sont saillantes, surtout à la partie médiane qui s'avance brusquement. Elles sont pigmentées, offrant de nombreuses granulations au milieu de la surface externe et sur la plus grande étendue de leur face interne. Cette pigmentation s'observe éga-

(1) Gilson, *Encéphale*, t. V, p. 1885.

lement sur la plus grande partie des grandes lèvres. Le gland du clitoris n'est pas visible. Son capuchon mesure $0^m,015$ de hauteur et, à sa partie la plus large, $0^m,016$. Il présente à sa surface quelques rides transversales.

» Périnée $0^m,03$ d'étendue. Anus profond.

» L'angle formé par la face interne et le bord externe de la grande lèvre est à $0^m,03$ 1/2 du sillon génito-crural. Immédiatement en arrière du point où la face interne des petites lèvres cesse d'être pigmentée et granuleuse, on trouve un cul-de-sac dans lequel se remarquent quelques saillies analogues aux caroncules myrtiformes. Le canal de l'urèthre est supporté par un tubercule nettement saillant. L'espace se rétrécit rapidement, de façon à être complètement oblitéré à $0^m,03$ en arrière du bord libre de la grande lèvre et $0^m,01$ en arrière de l'orifice de l'urèthre. Si on étale les petites lèvres, on a un entonnoir très net, dont le fond présente quelques plis qui convergent vers le centre du cul-de-sac. Ce cul-de-sac, examiné de la façon la

plus attentive, ne présente aucun orifice. En outre, il est souple, extensible et peut être refoulé à la façon d'un doigt de gant jusqu'à 0^{m},09 en arrière du bord libre des grandes lèvres.

» Notre malade présente donc une absence complète du vagin. La membrane qui limite le vestibule possède une souplesse et une extensibilité qui ne pourront que s'accroître à l'avenir par le fait de la continuation des rapports sexuels. C'est grâce à ce cul-de-sac vulvaire souple et extensible que le coït est possible chez cette femme.

» Étant donné ce vice de conformation, il était intéressant de rechercher la disposition et la situation des organes génitaux internes ; ceux-ci présentant le plus souvent, dans ces conditions, des malformations plus ou moins marquées.

» Nous avons prié M. le docteur Blanc, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, de vouloir bien examiner notre malade. La palpation de l'abdomen,

aidée du toucher rectal et vaginal combinés, fit reconnaître dans l'hypochondre gauche la présence d'une tumeur, du volume du poing, résistante, non douloureuse, accolée aux parois de la fosse iliaque interne, ne dépassant pas la ligne médiane et paraissant elle-même constituée par deux tumeurs accolées entre elles, l'une plus petite que l'autre. Cette tumeur paraissait rattachée à la partie culminante du cul-de-sac vaginal par une bride fibreuse très grêle. L'exploration de l'hypochondre droit n'a donné aucun résultat. En présence des indices fournis par cette exploration, le docteur Blanc pense que la tumeur ainsi perçue à travers la paroi abdominale est constituée par les organes génitaux internes, utérus et ovaire réunis et fondus en une seule masse. D'autre part, le volume physiologique des ovaires et de l'utérus étant insuffisant par lui-même pour expliquer le volume de la tumeur, le docteur Blanc tendrait à admettre une certaine hypertrophie des organes génitaux internes. »

L'absence du vagin n'est pas toujours complète.

Tantôt c'est la partie inférieure seule du conduit qui manque, tantôt c'est la partie supérieure qui fait défaut.

Ailleurs le vagin peut être divisé en deux tronçons, ou obstrué, si on l'aime mieux, vers son milieu.

Lorsque c'est la partie inférieure du vagin qui fait défaut, on doit admettre qu'il s'est fait un arrêt de développement de l'extrémité inférieure du canal utéro-vaginal ou des deux conduits de Müller qui le constituent par leur fusion ; lorsque, au contraire, c'est cette partie qui existe, cas le plus fréquent, il semble que l'on doive en chercher la raison d'être dans l'allongement du canal vestibulaire.

Quand le vagin est séparé en deux tronçons superposés par l'interposition d'une membrane plus ou moins épaisse, on peut en chercher l'explication, ou bien dans une oblitération du conduit vaginal primitif ou mullérien, ou bien par un arrêt dans l'allongement ou la descente

du canal vaginal à la rencontre duquel se serait enfoncé le cul-de-sac vestibulaire, sans pourtant le rejoindre.

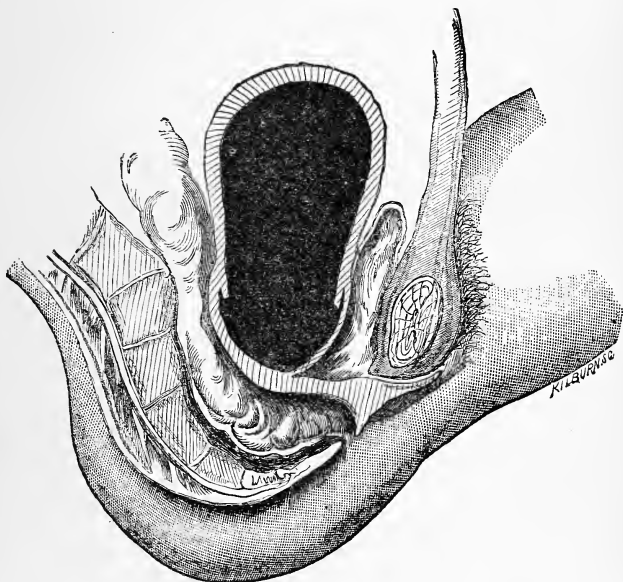


Fig. 57. Absence du vagin et rétention du sang menstruel.

Le diagnostic sera fait par le toucher rectal uni au toucher vésical.

Selon qu'il y a un utérus bien conformé ou

un utérus rudimentaire ou deficiens, les indications thérapeutiques sont bien différentes.

Si l'utérus est bien développé, il surviendra des phénomènes d'hématométrie (fig. 57), au moment de la puberté, qui nécessiteront une intervention et la création d'un vagin artificiel pour donner libre écoulement au sang des règles.

S'il n'y a pas d'utérus, mais des ovaires bien développés, les douleurs dysménorrhéiques au moment de l'ovulation pourront être une raison suffisante pour pratiquer la castration, ainsi que cela a été fait par Taufer, Langenbeck, Peaslee, Savage, Kleinwachter, etc.

Mais au cas où il n'y a qu'une « infirmité sexuelle », le chirurgien est-il autorisé à intervenir lorsque la femme réclame la création d'un vagin uniquement pour se livrer au coït ? Le Fort fait justement remarquer qu'il est des circonstances où une opération de complaisance peut devenir une opération de nécessité, et nous partageons absolument la manière de voir de ce

maître éminent (1), qui obtint lui-même un très beau succès opératoire dans un cas de ce genre à l'aide de l'électrolyse.

Polaillon (2), en 1887, opérait à son tour une femme de vingt-un ans qui portait une infirmité du même genre (absence complète de vagin, col utérin imperforé, douleurs menstruelles périodiques, création d'un vagin artificiel).

F. Houzé (de Condé-sur-Escaut), Dolbeau, Richet, Alph. Guérin, Huguier, Amussat, Fletcheven, Zeis, Bernutz, Patry, D. Mollière, Ad. Emmet (3), etc., ont tenté des opérations semblables mi-partie à l'aide du couteau, mi-partie à l'aide du décollement et sont parvenus à faire un vagin qui manquait. Aussi lorsque, dans un cas pareil, l'utérus est absent, nous ne voyons

(1) Le Fort, *Création d'un vagin artificiel par l'électrolyse* (*Acad. de médecine*, août 1876).

(2) Polaillon. *Absence complète du vagin, douleurs menstruelles, création d'un vagin artificiel permettant le coït*, etc. (*Soc. de chirurgie*, 23 mars 1887).

(3) Ad. Emmet. *La Pratique des maladies des femmes*. Paris, 1887.

pas pourquoi le chirurgien se refuserait d'agir, comme l'a cru devoir faire Richet, à propos d'une jeune fille de vingt-trois ans, forte, grande, non réglée, ayant une vulve parfaitement conformée, mais n'ayant ni vagin ni utérus, comme l'ont fait aussi Lallement et Lebert (de Nancy) dans un cas analogue au précédent.

Quelle que soit la difficulté de l'opération, alors que la cloison recto-vésicale est peu épaisse, si l'on peut espérer avoir assez d'étoffe, il faut essayer de faire un vagin à la femme qui le réclame impérieusement, soit pour satisfaire ses désirs charnels et retenir son mari, si elle est mariée, soit pour prétendre au mariage, si elle ne l'est pas.

Il y a cependant ici un *distinguo* à établir.

S'il s'agit d'une femme du genre de celle de Lille, dont parle Gallard (1) et à qui on peut facilement faire comprendre l'impossibilité de

(1) Gallard, *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*, p. 171.

contracter une union sérieuse, il y a peut-être lieu de s'abstenir.

Mais si on se trouve en présence d'une femme qui, dans son ignorance, a contracté mariage et n'a reconnu son infirmité qu'à l'inutilité des efforts tentés par son mari, la moindre hésitation n'est plus permise. Que deviendrait en effet une malheureuse créature de ce genre, à côté de l'époux vers lequel peut-être l'attire une passion d'autant plus vive qu'elle ne peut être assouvie ? Car, il ne faudrait pas croire que ces sortes de femmes n'ont ni les goûts ni les aspirations de leur sexe.

Une malformée d'Huguier était éperdûment amoureuse de son mari et elle se désespérait à l'idée qu'il pût offrir à d'autres les caresses qu'elle ne pouvait recevoir, de la faute seule de l'aveugle et implacable nature ; à tel point que Huguier, ayant reconnu l'impossibilité de creuser un vagin, à cause des grands dangers qu'il aurait fait courir à cette femme, avait pris l'héroïque parti de dilater le canal de l'urèthre,

de façon à le faire servir à l'acte de la copulation !

Rien d'étonnant d'ailleurs à ce que ces sortes de femmes aient les mêmes sentiments que les femmes qui ont un canal utéro-vaginal bien conformé, puisqu'elles possèdent d'ordinaire les attributs essentiels et caractéristiques du sexe féminin, je veux dire les ovaires, comme va le prouver l'observation suivante :

Gallard a rapporté l'histoire d'une femme, morte à l'âge de soixante ans dans son service à l'hôpital de la Pitié, qui n'avait jamais été réglée et avait été mariée deux fois. Cette femme portait une vulve bien conformée (fig. 56), un clitoris normal, bien encapuchonné, des trompes utérines et des ovaires, mais elle n'avait ni vagin ni utérus. Le coït s'était pratiqué durant la vie, à l'aide d'un infundibulum de 4 centimètres de profondeur que les efforts réitérés du pénis avaient creusé, en enfonçant le vestibule de la vulve.

Il est donc démontré que l'absence ou l'im-

perforation congénitale du vagin n'enlève à la femme aucun des attributs essentiels de son sexe quoiqu'elle la rende incapable d'en remplir

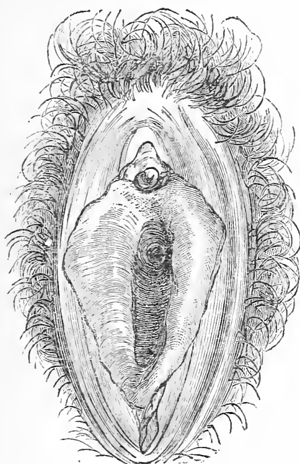


Fig. 58. Vulve d'une femme âgée de 60 ans, et qui a été mariée deux fois, quoique privée d'utérus et de vagin.

les fonctions. Heureusement cette incapacité n'est pas toujours irrémédiable, — la malade du professeur Le Fort en particulier en est la preuve.

Et il vaut mieux y remédier par le bistouri

que par jugement d'un tribunal du genre de celui du tribunal d'Alais du 28 janvier 1873, rendu à propos d'une femme sans vagin, qui s'était mariée à l'âge de vingt-cinq ans en 1866, et contre laquelle son mari, deux ans après, introduisait une demande en nullité de mariage que le tribunal accordait, en retirant à cette pauvre malformée sa qualité de femme (1).

Il est vrai qu'aujourd'hui que le divorce a été rétabli dans nos lois, l'homme qui, par erreur, aurait épousé une femme de cette catégorie, pourrait toujours, et très légitimement du reste, demander à rompre les liens qu'il a contractés avec un être qui peut bien être une femme, mais qui, après tout, ne peut remplir ni ses devoirs d'épouse ni ses devoirs de mère.

Par contre, l'absence du vagin, de l'utérus et des ovaires, chez une femme en apparence bien conformée, et avec des parties génitales

(1) Voy. Tardieu, *Question médico-légale de l'identité* (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 2e série, 1873, t. XL, p. 470).

externes normales, a été signalé par nombre d'auteurs, notamment Griswold, Hunter, Scott, Van Ness, Mackensie, Gouley, Garrigues, etc., ce qui prouve bien, pour le rappeler en passant, l'indépendance des deux systèmes génitaux, l'interne provenant de l'épithélium cœlomique, l'externe dérivant de l'ectoderme cutané.

§ 2. — *Atrésies congénitales, Brides transversales du vagin.*

Le *rétrécissement congénital* du vagin, lorsqu'il se présente sous la forme d'adhérences partielles ou de brides transversales (fig. 59), est sans doute le résultat d'un arrêt de développement localisé du canal vaginal mullérien, ou bien le résultat de la persistance partielle de la soudure temporaire qui unit les parois du vagin à un moment donné de la vie fœtale, comme Geigel l'a observé sur un fœtus du quatrième mois.

Ces rétrécissements peuvent être assez étroits pour n'admettre à peine qu'un stylet de trousse.

Méry, F. Barnes, Kyri, etc., ont rapporté de curieux exemples de cette étroitesse vaginale, malgré laquelle les règles peuvent s'écouler péniblement et la fécondation survenir.

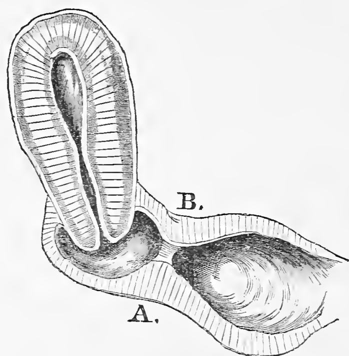


Fig. 59. Occlusion du vagin.
AB, cloison qui réunit les deux parois du canal et le divise en deux loges superposées.

Dans d'autres cas, le vagin est simplement étroit, et la femme qui en est porteuse s'en aperçoit seulement au moment du premier coït. Dans ces circonstances, la ténacité et la constance, de la part de la femme, permettent d'ordinaire au membre viril d'agrandir le vagin ;

d'autres fois, c'est l'accouchement qui se charge de la dilatation forcée.

Cette étroitesse du vagin accompagne souvent l'utérus unicorne, ce qui est dû probablement à ce que, dans ces conditions, le canal utéro-vaginal est formé par un seul conduit de Müller.

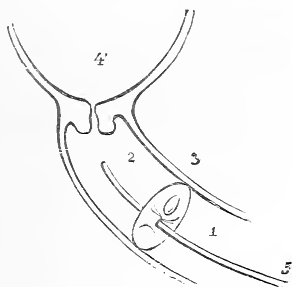


Fig. 60. Cloison vaginale.

1, chambre inférieure ; — 2, chambre supérieure du vagin ; — 3, vessie ; — 4, utérus ; — 5, sonde qui passe à travers la cloison.

Les rétrécissements du vagin par brides transversales comptent parmi nombre de cas décrits comme des hymens surnuméraires. Ces rétrécissements affectent la forme de croissants, celle de diaphragmes percés d'un trou plus ou moins étroit (fig. 60) ; ils provoquent la rétention du sang des règles, des débâcles, l'hémato-

métrie. L'obstacle qu'ils apportent au coït et à l'accouchement nécessite souvent seul l'intervention du chirurgien.

Sänger a observé l'oblitération du vagin à son tiers inférieur par une membrane située à 4 centimètres au-dessus de l'hymen, dans laquelle on découvrait un petit trou; la femme était enceinte de sept mois. L'excision de cette membrane fut faite, et la grossesse continua son cours régulier.

Gervis a rapporté un cas analogue et Mathews-Duncan un autre, dans lequel la cloison était transversale et imperforée.

On a rapproché l'anomalie que constituent les brides transversales dans le vagin de la femme de la disposition qui existe normalement chez certains animaux, tels que la femelle du Chimpanzé et des Cétacés, la Brebis, chez lesquelles on trouve une série de plis du vagin simulant des anneaux superposés. Cette comparaison paraît d'autant mieux justifiée que, dans le vagin de la femme, on a pu rencontrer deux, trois et jusqu'à quatre cloisons étagées.

§ 3. — *Vagin cloisonné.* — *Vagin double.*

Le cloisonnement longitudinal et antéro-

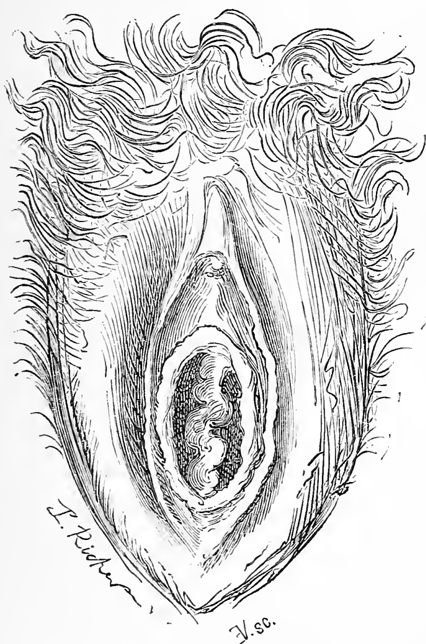


Fig. 61. Vagin double avec cloison médiane verticale.

postérieur du vagin est complet (fig. 61) ou incomplet.

Dans le premier cas, qui coïncide avec un uté-

rus double et un double hymen, comme j'en ai recueilli et rapporté un bel exemple, le vagin est réellement double. Corazza a observé un cas exceptionnel de vagin double avec un utérus simple.

Cette anomalie s'explique par le développement indépendant des deux conduits de Müller, qui, au lieu de se fusionner en un canal unique, restent isolés. Réduite dans certains cas à un septum incomplet ou même à de simples brides tendues comme des ponts au milieu des deux vagins, la cloison qui sépare les deux vagins dans ces circonstances est le résultat, on le devine, de la persistance de l'adossement des deux conduits de Müller.

Comme le remarque Remy, à propos d'un cas de cloisonnement incomplet qu'il a observé aux 2/3 inférieurs du conduit vaginal, lorsqu'on se rappelle que la soudure des deux canaux de Müller commence au milieu du cordon génital, on s'explique le vagin double avec un utérus simple (1).

(1) Remy, *Arch. de Tocologie*, t. XXVI, p. 632, 1889.

Les cas d'*hymen en pont*, que Negri aurait observés quatre fois sur mille femmes enceintes, ne sont probablement qu'un vestige de la cloison qui dédouble primitivement le canal utéro-vaginal.

L'existence d'un vagin double donne lieu à quelques particularités physiologiques et cliniques que nous devons rappeler en passant.

Faut-il, à ce sujet, raconter à nouveau l'histoire de cette prostituée, que le professeur Richet eut à soigner à l'hôpital de Lourcine et qui, par une aberration morale singulière, croyait pouvoir satisfaire aux exigences de la fidélité en réservant l'un de ses vagins pour des relations plus intimes ? Non, sans doute, et il vaut mieux insister sur les conséquences que peut avoir une telle anomalie, au point de vue pathologique et de l'accouchement.

Le cloisonnement du vagin n'est pas incompatible avec l'accouchement normal, mais il faut savoir que pendant le travail la cloison peut se rompre et conduire à une déchirure du vagin, et

même de l'utérus, si la cloison continue à se fendre du vagin vers la matrice. G.-T. Harisson en a cité un exemple à la *Société obstétricale de New-York* (1888).

D'autre part, ce cloisonnement peut donner un cachet spécial à certaines affections. C'est ainsi qu'un petit vagin, frère jumeau d'un plus grand, peut recéler les germes de la blennorrhagie qu'on croyait guérie et faire réapparaître l'écoulement du plus grand . Cela peut d'autant mieux se voir que très souvent l'un des vagins est très petit par rapport à l'autre.

De Sinéty (1) a observé trois femmes chez lesquelles une bride verticale obstruait l'entrée du vagin

Jarjavay, Schrœder, et P. Budin (2) ont observé des anomalies pareilles.

Sont-ce là les vestiges d'un hymen biperforé?

(1) Sinéty, *Brides verticales situées à l'orifice vulvo-vaginal* (*Ann. de Gyn.*, t. XVIII, p. 81, 1882).

(2) Voy. Budin, *Rech sur l'hymen et l'orifice vaginal.* (*Ann. de Gyn.*, t. XII, p. 375, 1879 et t. XIII, p. 48, 1880).

N'est-ce pas plutôt le fait d'un rudiment de cloisonnement ayant atteint l'embouchure du canal utéro-vaginal dans le vestibule ?

§ 4. — *Vagin unilatéral.*

Dans les cas d'utérus unicorne, il n'est pas très rare de rencontrer un vagin situé sur le côté de la ligne médiane.

Sans que cette anomalie soit apparente, il est présumable qu'elle est due à ce qu'un seul conduit de Müller a servi à former le vagin, l'autre ayant avorté.

§ 5. — *Vagin borgne latéral.*

Cette malformation est constituée par un développement incomplet d'un des conduits de Müller qui a formé un demi-vagin, terminé en cul-de-sac du côté de la vulve, tandis que du côté de l'utérus il reçoit un des cols de la matrice, toujours double ou bicorne dans ces circonstances. Cette lésion siège presque toujours à droite, vingt fois sur vingt-huit, d'après Puech.

— Ainsi se trouve constituée une poche collée contre le vagin principal, où elle demeure perdue et ignorée jusqu'au moment de la puberté, époque à laquelle le sang des règles vient la remplir en donnant naissance à l'*hématocolpos* compliqué d'ordinaire d'hématométrie. Dans un cas de ce genre, dont Decès a rapporté l'observation (1), le diagnostic fut porté par Nélaton avec une précision remarquable, dont était assez coutumier du reste, on le sait, ce grand chirurgien.

§ 6. — *Ouverture anormale du vagin.*

On a vu le vagin s'ouvrir anormalement dans le rectum, dans la vessie et l'urèthre, à la paroi abdominale.

L'*ouverture du vagin dans le rectum* passe généralement inaperçue de la femme qui porte cette anomalie jusqu'à l'époque de la première menstruation. Elle peut se présenter sous deux formes : ou bien la vulve est normalement cons-

(1) Decès, *Bull. de la Soc. Anatomique*, 1854.

tituée, mais la cloison recto-vaginale est incomplète; ou bien la vulve est absente ou rudimentaire et le vagin, très court, s'ouvre directement dans le rectum.

Cette malformation s'explique par arrêt de développement des organes génitaux externes.

Elle est compatible avec les fonctions physiologiques, seulement l'écoulement des règles, le coït et l'accouchement lui-même ne peuvent se faire que par... l'anus.

Tout le monde connaît cette histoire d'une jeune Piémontaise, rapportée par Rossi, qui avait épousé un caporal français et se présenta à l'hôpital de Turin en mal d'enfants. Les sages-femmes, fort intriguées de ne pas trouver d'orifice vulvaire, firent mander le chef de service. Celui-ci découvrit une énorme tumeur à l'emplacement correspondant à l'orifice vaginal; il incisa et mit au monde un enfant vivant. Restait à savoir comment la conception avait eu lieu. La femme avoua que son mari, n'ayant pas trouvé ce qu'il cherchait, avait pris... une

autre route. L'examen démontra, en effet, que le vagin s'ouvrait dans le rectum.

Bonnain (1), Payne (2) ont observé des cas analogues d'absence congénitale d'*ostium vaginæ* et d'accouchement par l'anus.

Dans le cas de Payne, il s'agit d'une femme de trente-cinq ans, d'apparence bien conformée, qui était en travail depuis trente-six heures quand le chirurgien l'examina et chercha en vain une ouverture vaginale. Le doigt glissant le long du périnée tombait dans un anus distendu où il rencontrait une tête de fœtus. La femme, à cause de la longueur du travail, était épuisée et en complète prostration, l'utérus était en inertie. Payne anesthésia la patiente, appliqua le forceps et fit facilement l'extraction du fœtus. La délivrance se fit rapidement et ne fut suivie d'aucun accident.

(1) Bonnain, *Absence d'anneau vulvaire. Persistance du cloaque dans lequel s'ouvre le col utérin. Accouchement par l'anus.* (*Union médicale*, 4 sept. 1888.)

(2) Payne, *Cas d'absence congénitale d'ostium vaginæ et accouchement par l'anus.* (*Arch. de Tocologie*, t. XIII, p. 854, 1886, et *Méd. Record*, mai 1886.)

La vulve de cette femme, que Payne examina cinq mois après, était bien organisée et avait tout à fait les caractères de la virginité. Le vagin s'ouvrait dans le rectum. La menstruation avait toujours été régulière; le coït se faisait par l'anus et satisfaisait ses désirs sexuels. Cette femme aussi bien que son mari, ajoute l'auteur, ne soupçonnaient pas l'anomalie!

L'*ouverture du vagin dans l'urèthre et la vessie*, plus rare peut-être que la précédente, coïncide le plus souvent avec un uterus *deficiens*.

Ce vice de conformation n'est que la persistance d'un état embryonnaire transitoire, celui dans lequel les deux canaux de Müller fusionnés par leur extrémité inférieure en canal génital s'ouvrent dans le sinus uro-génital, puisque celui-ci devient le canal de l'urèthre de la femme adulte.

Il n'est pas rare dans ces circonstances de voir l'urèthre dilaté et servir de vagin pendant le coït, mais ce coït est nécessairement infructueux et frappé de stérilité.

L'*ouverture du vagin à la paroi abdominale*, dont Le Fort a réuni un certain nombre de cas, n'a jamais été observé que chez des monstres non viables.

Il en est à peu près de même des nouveau-nés, chez lesquels on a rencontré le *vagin qui s'ouvrait dans le cloaque persistant.*

ARTICLE VII

MALFORMATIONS DE L'HYMEN

L'hymen est considéré depuis Blandin en France, Henle en Allemagne, nous l'avons dit, comme une simple saillie de l'extrémité inférieure du vagin dans le vestibule de la vulve. Cette théorie, qui a été bien développée par P. Budin, est contestée par quelques auteurs, notamment S. Pozzi, qui s'appuie surtout pour révoquer cette théorie sur la présence de l'hymen qu'auraient constaté Hofmann, Las Casas de Santos, et lui-même, dans des cas d'absence du vagin.

Quoi qu'il en soit, l'hymen apparaît à la dix-neuvième semaine de la vie fœtale sous la forme d'un repli qui borde l'entrée du vagin dans le vestibule.

Chez la petite fille qui vient au monde, il se présente sous la forme d'une collerette saillante, en forme de bourse plissée comme une blague à tabac, en gargouille.

Mais la forme la plus commune, comme le remarque le professeur Brouardel (1), est la forme labiée.

Chez la petite fille, il laisse pénétrer une bougie d'environ 10 millimètres de diamètre ; chez la fille pubère, le petit doigt tout au moins. — Très tendue lorsqu'on écarte les cuisses, cette membrane se relâche et se replie en gousset lorsqu'on les rapproche, permettant ainsi, — ce que ne doit pas oublier le médecin légiste, — l'entrée facile du doigt. Assez fréquemment, son

(1) Brouardel, *Les Causes d'erreurs dans les expertises relatives aux attentats à la pudeur.* (*Ann. d'hyg.*, 3e série, t. X, p. 65.)

bord libre présente une, deux ou plusieurs encoches naturelles. L'expert évitera de confondre ces encoches avec des déchirures cicatrisées.

Les déformations de l'hymen consécutives au coït ne sont pas constantes ; celui-ci peut s'accomplir sans déchirer la membrane, surtout si la petite fille se laisse faire. Budin a vu treize fois sur soixante-quinze l'intégrité de l'hymen chez des primipares.

D'autre part, il faut savoir que certaines petites filles ont un canal vestibulaire très long, — ce qui est de famille, — et éviter de confondre cet infundibulum naturel avec celui que se creuse la verge au-dessus de la fourchette dans les tentatives de coït dans des voies génitales encore trop petites.

On a décrit l'absence de l'hymen, les anomalies de siège, de nombre, de forme, de structure, et l'imperforation de l'hymen.

§ 1er. — *Absence de l'hymen.*

L'*absence* de l'hymen doit être très rare, si l'on

sait que Devilliers, Amb. Tardieu, Brouardel, n'en ont jamais vu d'exemple chez les nombreuses petites filles qu'ils ont examinées au point de vue médico-légal.

Cependant, Capuron et Toulmouche en ont constaté chacun un cas chez des adultes. En examinant toutes les jeunes filles qu'il a reçues pour des accouchements, celles qu'il a eu occasion de soigner, le Dr Garimond (1) a pu arriver à retrouver deux faits dans lesquels la membrane hymen manquait en entier.

La première observation portait sur une petite fille, née depuis quelques heures à peine à la suite d'un travail régulier. D'habitude, dit l'auteur, je m'assure si l'enfant est normalement conformé; c'est en faisant cette recherche que je m'aperçus de cette anomalie. Les cuisses fortement écartées et les grandes lèvres repoussées en dehors, je vis l'ouverture du vagin com-

(1) Garimond, *De l'hymen et de son importance en médecine légale.* (*Annales d'hygiène*, 1874, 2e série, t. XLII, p. 380.)

muniquant à l'extérieur, et je fus même surpris de son amplitude tout à fait insolite. En ce moment, peu au courant de la question, je négligeai de noter l'état des caroncules myrtiformes, leur absence ou leur présence.

Dans une seconde exploration, plus avisé, je constatai encore, chez une enfant de cinq mois, l'absence de la membrane, en même temps que celle des caroncules myrtiformes.

Ces observations se rapportent à des cas de vagin simple, mais il paraît que lorsque cet organe est double, l'hymen manque assez souvent ; c'est du moins ce qu'affirment certains auteurs d'anatomie. « Lorsqu'il y a duplicité du vagin, dit Joseph Hyrtl, il est important de savoir que l'hymen manque sans exception. » Rien, dans l'étude du développement, ne justifie une assertion aussi absolue. Pour mon compte, j'ai rencontré une petite fille avec un vagin double et *double hymen*, qui donne un démenti formel à la théorie de Hyrtl.

§ 2. — *Variations de l'hymen suivant l'âge.*

Le *siège* de l'hymen varie avec la profondeur du vestibule de la vulve ; partant de là, il est plus profond chez la petite fille que chez la jeune fille, dans la race nègre que chez les Européennes. — Krüner l'a rencontré une fois, chez une jeune fille de vingt ans, à deux centimètres de profondeur.

§ 3. — *Duplicité ou biperforation de l'hymen.*

Une des plus rares variétés de la membrane hymen est celle qui a été désignée sous le nom d'*hymen biperforé* ou *double.*

Dans ce cas, l'hymen présente deux orifices latéraux plus ou moins irréguliers, séparés par une mince bandelette membraneuse.

Mais Tardieu (1) n'accepte pas cette conformation comme naturelle et il est porté à la considérer comme le résultat d'une déchirure de la

(1) Tardieu, *Attentats aux mœurs*, 8e édition, Paris, 1872.

membrane vers sa base d'implantation à la paroi vaginale. M. Budin (1) accepte cette conclusion qui nous semble trop exclusive.

Mais, malgré leur rareté, ces cas sont incontestables, ainsi que le prouvent plusieurs faits bien observés.

M. Félix Roze (2) a figuré un cas de ce genre.

Déjà pourtant en 1877, M. E. Delens a rapporté deux observations d'hymen biperforé, qui montrent bien que cette disposition de la membrane est due à un vice de conformation (3).

Dans le premier cas, il s'agit d'une fillette de onze ans, assez grande et paraissant bien portante, qui a offert un exemple très net d'hymen biperforé. Chez elle, la membrane était lisse, régulière, assez épaisse, et, au lieu d'un orifice unique, présentait deux petits pertuis n'ayant

(1) Budin, *Progrès médical*, 1879.

(2) Roze, Thèse de Strasbourg, 1866.

(3) E. Delens, *De quelques vices de conformation de l'hymen* (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1877, 2e série, t. XLVII).

pas plus de 2 millimètres de diamètre. Ils étaient séparés l'un de l'autre par une languette de 3 à 4 millimètres de largeur, n'ayant rien des apparences d'une bride cicatricielle, et en tout semblable pour l'aspect et la consistance au reste de la membrane. Cette languette se continuait en haut avec le tubercule sous-uréthral. Les deux pertuis étaient beaucoup plus rapprochés de la demi-circonférence supérieure et antérieure de l'hymen que de l'inférieure.

Chez une sœur de cette enfant, âgée de neuf ans, l'hymen était normalement conformé. Il était en forme de croissant, et son orifice offrait même des dimensions assez grandes pour qu'il y eût lieu de soupçonner qu'il avait été dilaté par l'introduction du doigt.

Le Dr Delens a constaté un second exemple d'hymen biperforé dont voici les détails :

« Catherine B..., que nous avons été chargé d'examiner, le 30 novembre 1876, à l'hôpital de Lourcine, dans le service de notre collègue le docteur Cornil, y était depuis un mois en

traitement pour une vaginite. Son frère avait accusé un jeune homme de dix-huit ans de l'avoir violée, et ce jeune homme avait, en effet, été arrêté sous cette inculpation. La jeune fille convenait que, dans une promenade au bois de Vincennes, avec quatre jeunes gens, l'un d'eux, l'inculpé, à une époque qu'elle ne pouvait pas préciser, mais antérieure d'un mois au moins à son entrée à l'hôpital, avait eu des rapports avec elle, en présence des trois autres restés simples spectateurs. Elle ne disait pas, d'ailleurs, avoir été l'objet de violences véritables, et avouait que, depuis cette époque, elle avait entretenu des relations avec un autre jeune homme.

» Cette jeune fille est grande et pâle ; elle est réglée depuis un an. Elle ne nous a présenté aucune lésion des lèvres, de la bouche, ni du pharynx, ni aucune trace d'éruption suspecte à la surface du corps.

» Les organes génitaux sont, chez elle, complètement développés. Le pubis et les grandes lèvres sont recouverts de poils noirs, fins, assez

longs, mais non très fournis. La vulve, longue, est un peu élargie à la partie postérieure. Le

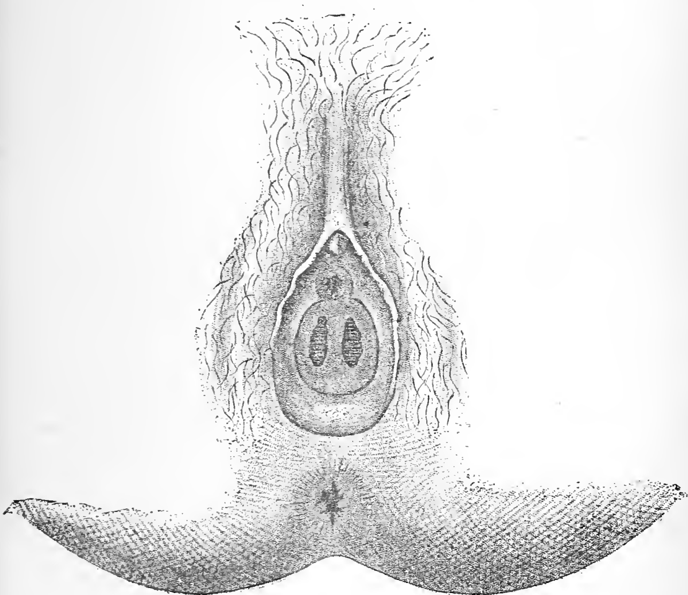


Fig. 62 Hymen présentant deux orifices séparés par un pont.

clitoris a des dimensions légèrement au-dessus de la moyenne, et de chaque côté du capuchon, il y a une certaine quantité de matière sébacée accumulée par défaut de propreté. Mais, en

réalité, il n'y a actuellement ni rougeur, ni inflammation, ni sécrétion anormale. Les grandes et les petites lèvres sont sans rougeur, ainsi que le vestibule et le méat urinaire; mais l'hymen offre une conformation spéciale : il est biperforé.

» Ses deux orifices, ovales, à grand diamètre dans la direction de la fente vulvaire, sont situés de chaque côté de la ligne médiane et séparés l'un de l'autre par une languette large de 4 à 5 millimètres qui se continue en haut avec le tubercule sous-uréthral. Elle n'a nullement l'aspect d'une bride cicatricielle et offre la souplesse et la coloration rosée du reste de l'hymen (fig. 62).

» Le grand diamètre de chacun des orifices est d'environ 7 à 8 millimètres et le petit mesure seulement 3 à 4 millimètres. Ces deux orifices sont parfaitement symétriques et leurs bords sont légèrement festonnés, mais sans déchirures. La paroi antérieure du vagin forme une saillie assez marquée en arrière de l'hymen ; un

tylet passe facilement, d'ailleurs, en arrière de la languette médiane qui n'adhère pas à la paroi vaginale.

» Les ganglions de l'aine ne sont pas engorgés et l'anus ne présente rien à noter.

» Nous n'avons pas cherché, par le toucher rectal, à nous assurer de la forme de l'utérus ; nous ignorons, par conséquent, s'il ne présente pas de vice de conformation en rapport avec celui de l'hymen, ce qui est d'ailleurs peu vraisemblable ; mais nous avons pu nous assurer que la partie inférieure du vagin n'offre pas de cloisonnement répondant à la bride médiane de l'hymen. »

Dans cette affaire, la moralité suspecte de la jeune fille et le peu de violences qu'elle paraissait avoir subies ont atténué beaucoup la situation du jeune homme arrêté sous l'inculpation de viol. Mais on comprend toute l'importance que la constatation de cette anomalie de l'hymen eût pu avoir dans d'autres circonstances.

L'absence de déchirure ne prouve pas que les

tentatives de pénétration n'aient pas été énergiques. Elles ont certainement été réitérées depuis, puisque cette jeune fille reconnaît avoir eu des rapports avec un jeune homme. Et cependant, les signes de la défloration font absolument défaut.

Néanmoins, l'obstacle à la défloration, dans ce dernier cas, n'est pas absolu, en raison des dimensions beaucoup plus considérables des deux orifices, dont on comprend, à la rigueur, la dilatation et la déchirure. Certains hymens à orifice unique, et conformés d'après le type normal, ne sont pas pourvus d'un orifice plus considérable que chacun des orifices de cet hymen anormal. La bride médiane et solide qui les sépare n'en constitue pas moins un obstacle, et Delens pense que Cornil a eu raison d'effectuer la section de cette bride avant de laisser partir cette jeune fille guérie de sa vaginite (1).

(1) On trouve, en effet, dans le numéro du 15 décembre 1876 du *Journal des connaissances médicales*, p. 359, la relation de cette même observation et de l'opération pratiquée

Maljew nota de son côté cette disposition sur une jeune fille de dix-neuf ans.

Dohrn, dans un mémoire sur les anomalies de développement de l'hymen (1), a décrit et figuré l'hymen biperforé.

Le Dr Demange, professeur à la faculté de médecine de Nancy (2), en a observé un cas qui lui a paru digne d'intérêt. Voici cette observation :

« Madame X..., âgée de trente ans, se présente à notre consultation; mariée à vingt-deux ans, elle devient veuve six ans après, sans avoir jamais eu de signe de grossesse. Elle désire actuellement se remarier et serait heureuse de savoir si elle est capable de devenir enceinte.

par M. Cornil. L'examen microscopique de la petite languette excisée a montré qu'elle était constituée par une partie centrale fibro-vasculaire recouverte d'une muqueuse pourvue de papilles rudimentaires et d'un épithélium normal.

(1) Dohrn, *Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie*, 1884, Bd. VI, heft 1, p. 8.

(2) Demange, *De l'hymen biperforé, sa valeur médico-légale, sa persistance pendant la grossesse et l'accouchement.* (*Ann. d'hyg.* 1887, tome XVII, 2e série, p. 276.)

Elle se plaint de tiraillements dans le bas-ventre, de besoins fréquents d'uriner, et déclare que la miction est toujours plus ou moins douloureuse. Elle est bien réglée, n'a pas de flueurs blanches, n'a jamais eu d'écoulement vaginal; elle est du reste d'une bonne santé.

» Je procède à l'examen des parties génitales; essayant de pratiquer le toucher, je constate que l'on peut à peine introduire le bout du doigt qui éprouve la résistance de la membrane hymen; en outre, le toucher est excessivement douloureux.

» Regardant alors directement et écartant les grandes lèvres, je reconnais immédiatement qu'à l'orifice du canal de l'urèthre il existe une petite tumeur vasculaire, rouge vif, qui n'est pas autre chose que la muqueuse de l'urèthre hypertrophiée et faisant hernie à travers l'orifice uréthral notablement élargi. Le contact du doigt sur cette petite tumeur est excessivement douloureux. Il s'agit donc là d'un de ces polypes vasculaires de l'urèthre, bien décrits par Richet,

qui les considère comme une chute de la muqueuse uréthrale, une sorte d'hémorrhoïde uréthrale.

» Examinant ensuite l'orifice du vagin, je reconnais que la membrane hymen persiste dans toute son intégrité, mais présentant la conformation suivante : elle a l'aspect d'un diaphragme parfaitement régulier, occupant tout l'orifice du vagin ; l'orifice en est un peu elliptique à grand axe antéro-postérieur ; enfin cet orifice est partagé en deux par une cordelette membraneuse étendue dans le sens antéro-postérieur, s'insérant en avant sur le bord de l'hymen auquel il fait suite directement, juste en arrière de l'orifice de l'urèthre, et allant rejoindre le bord postérieur de l'hymen. Cette cordelette est un peu aplatie et mesure environ 3 millimètres de large; les bords en sont parfaitement réguliers. D'autre part, les bords libres du diaphragme hyménial sont minces, très réguliers, n'offrant aucune déchirure, ni aucun aspect frangé. »

Il résulte donc de cette disposition que l'hy-

men est ici constitué par un diaphragme percé de deux trous absolument symétriques, elliptiques et à grand axe antéro-postérieur, séparés l'un de l'autre par la petite cordelette membraneuse que nous venons de décrire et qui fait partie de la membrane hymen elle-même. Il s'agit donc là de la variété décrite sous le nom d'*hymen biperforé*. Chaque orifice pouvait admettre l'introduction de la phalangette du petit doigt, et dès qu'on pressait un peu on provoquait des douleurs assez violentes; on pouvait se convaincre que la cordelette qui séparait ces deux orifices était très résistante.

Cette disposition est intéressante à signaler, car elle explique comment les tentatives de coït provoquant des douleurs violentes étaient restées infructueuses. Jamais un coït complet n'avait eu lieu, la bandelette membraneuse ne s'étant jamais laissé rompre.

Il faut sans doute expliquer par les pressions répétées, produites sur cette bandelette implantée en arrière de l'urèthre, la dilatation de son ori-

fice externe et la production de cette petite tumeur vasculaire aux dépens de la muqueuse uréthrale herniée. Il a suffi de sectionner cette bandelette en avant et en arrière pour transformer cet hymen biperforé en un hymen à forme de diaphragme percé d'un trou central; ce trou était assez large pour permettre avec précaution l'introduction du petit doigt. La petite tumeur uréthrale a été excisée. Le lendemain, la miction se faisait sans douleur. Peu de temps après, cette dame s'est remariée et nous savons aujourd'hui qu'elle est devenue enceinte.

Au point de vue médico-légal, cette disposition de l'hymen biperforé présente un certain intérêt. Tardieu, Budin sont disposés à considérer cette conformation comme le résultat d'une déchirure de l'hymen en diaphragme vers sa base d'implantation vaginale, par suite de tentatives de coït; ils ont rapporté des faits à l'appui de cette opinion; mais d'après les cas de Delens et Cornil, et d'après celui du Dr Demange, on ne saurait dire que l'hymen biperforé ne puisse

être le résultat d'une conformation naturelle. Les bords de l'orifice, parfaitement intacts, montrent bien que cette disposition n'était point le résultat d'une déchirure. Il ne faudrait donc pas conclure de la présence d'un hymen biperforé à une tentative de coït; il faut examiner avec grand soin les bords de l'orifice et voir s'ils ne portent aucune trace de déchirure.

Cette disposition de l'hymen, tout en gênant les rapports sexuels, peut ne pas être un obstacle absolu à la fécondation et, bien plus, la persistance de cette bandelette très résistante a pu être une cause de dystocie dans le cas suivant qui a été communiqué au Dr E. Demange par son père, le Dr Ch. Demange, dans les termes suivants :

« Le 28 mai 1848, je fus appelé à la Neuveville, près Nancy, pour terminer un accouchement. Les parties sexuelles de la parturiente présentaient à la sage-femme une irrégularité qui l'inquiétait. A mon arrivée, la tête fœtale se présentait en première position et commençait à

exercer une forte pression sur le périnée. Je constatai alors une barre transversale membraneuse formée par l'hymen. Cette barre, placée à 2 centimètres au-dessous du bulbe uréthral, avait 1 centimètre de largeur et s'insérait de chaque côté sur les bords de l'hymen qui persistait et dont l'orifice était par conséquent constitué par deux trous, l'un antérieur, l'autre postérieur. Saisissant cette barre membraneuse entre les doigts, j'y perçus des battements vasculaires assez intenses; dans la crainte d'une déchirure dont je ne pouvais calculer l'étendue, je fis une ligature à chaque extrémité et je sectionnai la barre de chaque côté en dedans des fils. Aussitôt après, la tête franchit la vulve et l'accouchement se termina heureusement. »

Ainsi donc, la résistance de cette languette paraît extrême; dans le cas du Dr Delens et dans celui du Dr E. Demange, de nombreuses tentatives de coït n'avaient pu arriver à la rompre; dans le cas du Dr Demange père, cette barre avait persisté jusqu'au moment de l'accouche-

ment et empêchait la tête de franchir la vulve.

D'après les observations que nous venons de rapporter, il faudrait admettre deux types d'hymen biperforé : dans l'un, la languette hyménéale est antéro-postérieure et les deux trous sont situés de chaque côté ; dans l'autre, elle est transversale et sépare les deux orifices dont l'un est antérieur et l'autre postérieur.

§ 4. — *Anomalies de forme.*

Les *anomalies de forme* sont des plus diverses.

Nous avons déjà mentionné combien les formes considérées comme normales offrent elles-mêmes de variantes. Quoi qu'il en soit, on a décrit comme malformations :

1° L'*hymen godronné*, ordinairement épais et charnu, et que l'on peut considérer comme une persistance du type infantile ;

2° L'*hymen caréné* et *linguiforme*, qui n'est qu'une variété de l'espèce précédente (S. Pozzi) ;

3° L'*hymen frangé*, bien décrit par Luschka, et qui est beaucoup plus rare;

4° L'*hymen infundibuliforme*, renversé en avant comme le calice d'une fleur, qui reproduit un autre type infantile;

5° L'*hymen cloisonné* ou *double*, qui est ordinaire dans le cas de vagin double, qui figure deux fenêtres (*hymen bifenestratus*), et sur lequel nous avons insisté plus haut;

6° L'*hymen cribriforme*, qui apparaît comme percé de nombreux petits trous;

7° L'*hymen à colonne*, dans lequel les colonnes du vagin, ordinairement la postérieure seule, descendent sur la face profonde de la membrane;

8° L'*imperforation de l'hymen*, qu'il ne faut pas confondre avec l'imperforation terminale du vagin, et qui passe généralement inaperçue jusqu'à la puberté, époque à laquelle elle donne lieu à la rétention des règles et à des accidents que nous avons indiqués à propos des oblitérations du vagin;

9° L'*extension uréthrale de l'hymen*, malformation dans laquelle l'hymen vulvaire se prolonge en valvule sur le méat urinaire ou même l'entoure complètement, à tel point qu'il a pu, dans des circonstances rares du genre de celles qu'ont rapportées Böhmer et N. Tucker, donner lieu à rétention d'urine chez le nouveau-né;

10° L'*hymen charnu;*

11° L'*hymen scléreux*, qui détermine la rigidité de la membrane et nécessite quelquefois l'intervention du chirurgien pour faciliter le coït, — et provoque dans certains cas la déchirure postérieure du périnée par l'obstacle qu'il oppose à la dilatation progressive de la vulve pendant l'accouchement;

12° L'*hymen flasque*, qui peut être à ce point élastique et dilatable qu'il ne s'oppose pas au coït et ne se déchire que très peu au moment de l'accouchement;

13° L'*hymen vasculaire*, qui a causé des hémorrhagies graves au moment de la défloration, comme A. Reverdin (1883), Winckel

(1886), L. Aschen (1889) en ont observé des exemples, hémorrhagies qui ont même pu conduire à la mort.

Ces derniers faits, d'après S. Pozzi, difficiles à comprendre si l'on admet que la membrane hyménéale n'est qu'un repli de l'extrémité inférieure du vagin, deviennent plus clairs lorsqu'on considère l'hymen comme un débris de l'*organe du corps spongieux*, demeuré à l'état embryonnaire et pouvant exceptionnellement présenter chez la femme du tissu érectile comme dans le corps spongieux de la verge de l'homme. (Voyez p. 110.)

Mais, pour le dire à nouveau, la doctrine de Pozzi n'est pas à l'abri de tout reproche. Je n'en veux pour preuve que l'observation suivante :

Jeannel a observé, chez une femme de vingt-six ans, un clitoris en forme de verge d'un enfant de cinq à six ans et la bride masculine du vestibule de Pozzi qui s'étendait de la face inférieure du gland, creusée en sillon, au pourtour du méat urinaire, *mais pas plus loin ;* en

arrière du méat, se trouvait l'entrée du vagin entourée des caroncules hyménéales. Dans ce cas, par conséquent, la bride masculine du vestibule paraissait être tout à fait séparée et distincte de l'hymen (1).

Je sais bien encore que S. Pozzi a rapporté des exemples d'hymens observés chez des hommes hypospades, mais ces faits ne m'ont pas encore convaincu.

§ 5. — *Persistance de l'hymen après le coït.*

Matthews Duncan (1882), P. Fabre (1882), A. Wath (1884), Segond (1885), Ozieski (1886), Esipoff (1886), Hugh Taylor (1888), Van de Mey (1889), Gaillard Thomas, Léopold, etc., ont mentionné la persistance de l'hymen après le coït, et même au moment de l'accouchement, ou bien la rétention des règles à la suite de son imperforation.

Dans le cas d'Esipoff (2), l'urèthre fut déchiré

(1) Jeannel, *Arch. de Tocologie*, t. XIV, p. 932, 1887.
(2) Esipoff, *Méd. Obosr.*, 1886.

pendant les efforts du coït; il y avait hématocolpo et une ponction donna issue à deux litres d'un sang menstruel épais comme du goudron, de couleur chocolat et non fétide.

Souvent, sous l'influence de rapports répétés, une dilatation infundibuliforme se produit, et l'hymen refoulé finit ainsi par céder, en se déplaçant, sans se déchirer.

Tel est le cas très remarquable, qui a été rapporté par Marc.

« Une fille de douze ans, chez laquelle les signes de la puberté s'étaient à peine manifestés, contracta une liaison avec un garçon un peu plus âgé qu'elle. Ces deux enfants avaient vécu ensemble plusieurs mois, lorsque le père du garçon partagea les faveurs de la maîtresse de son fils. Ce libertinage dura jusqu'à ce que d'affreuses végétations vénériennes eussent conduit la jeune fille à l'hôpital de la Pitié. Examinée par le docteur Serres et par d'autres médecins, la malade présenta une dilatation extrême du vagin, une flétrissure des parties génitales

externes et une absence totale de l'hymen. Après le traitement de la maladie vénérienne, on fut fort étonné de trouver chez elle l'ensemble des caractères qui constituent la virginité, et notamment une membrane virginale semi-lunaire très prononcée. M. le docteur Fournier-Pescay et moi fûmes nommés commissaires par la Société médicale d'émulation pour constater ce fait. Ici, la membrane hymen s'était évidemment flétrie, affaissée à la suite d'une débauche en quelque sorte graduée, mais n'avait pas été détruite » (1).

Des faits pareils ne sont pas très communs, mais ils se produisent cependant assez souvent pour permettre d'affirmer que l'hymen peut être momentanément déplacé sans déchirure et sans faire obstacle aux rapports sexuels ; et lorsque ceux-ci sont accomplis avec violence, on n'est pas en droit de les classer autre part que dans la catégorie des viols. — En effet, du côté

(1) Marc, *Dictionnaire de médecine*. Paris, 1846, t. XXX, p. 807.

du coupable l'acte est le même, que l'hymen soit conservé ou non ; et la victime, si elle est adulte, est exposée aux conséquences habituelles des rapports sexuels.

Les auteurs d'obstétrique rapportent tous des faits de grossesses survenues dans des circonstances analogues. Joulin (1) cite deux observations parfaitement circonstanciées. Cazeaux signale des faits analogues.

Le Dr Dufour a raconté à la Société médicale du IXe arrondissement de Paris le fait suivant :

Ce médecin vit un jour arriver dans son cabinet deux dames. L'une d'elles se plaignait d'un ballonnement de ventre fort désagréable, qu'elle ne savait à quoi attribuer. L'hypothèse d'une grossesse amena une grande exclamation, et le fait fut déclaré impossible. Un examen complet permit cependant de constater le bruit du cœur fœtal, le développement de l'utérus, en même temps que la persistance de l'hymen, dont l'ou-

(1) Joulin, *Traité des accouchements*. Paris, 1868.

verture suffisait à peine à l'introduction de la phalange unguéale. La fécondation avait donc pu se faire malgré cette disposition peu favorable et malgré l'intégrité de la membrane obturatrice. Des renseignements précis obtenus plus tard confirmèrent le diagnostic, et permirent de conclure que des rapports complètement externes avaient amené la grossesse (1).

Si donc, d'habitude, l'hymen n'est point conservé pendant les rapports sexuels, exceptionnellement il se prête sans rupture aux actes les plus complets dans leurs conséquences, à ceux auxquels on ne peut refuser le nom de *viol*, lorsqu'ils sont accomplis avec violence.

§ 6. — *Imperforation de l'hymen.*

L'imperforation de l'hymen détermine, à la puberté, la rétention du flux menstruel et cette

(1) Voyez Guérard, *Sur la valeur de l'existence de la membrane hymen comme signe de virginité* (*Ann. d'hyg.*, 1872, 2e série, t. XXXVIII, p. 409). — Bergeret, *Des fraudes dans l'accomplissement des fonctions génératrices*, 13e édition. Paris, 1888.

rétention arrive à distendre l'hymen d'une façon considérable (fig. 63 et 64).

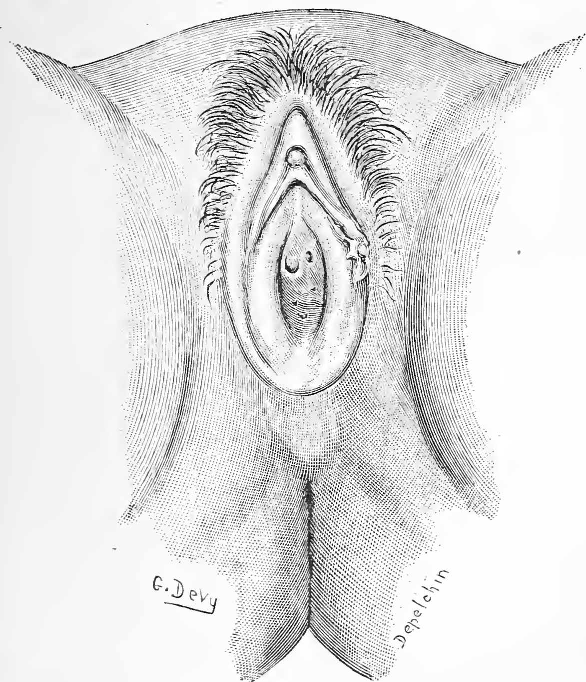


Fig. 63. Hymen imperforé, ayant déterminé la rétention des règles.

Cette malformation méconnue et non traitée peut aboutir à des désordres graves, parmi les-

quels la rupture des trompes utérines dilatées et l'apparition soudaine d'une hématocèle rétro-

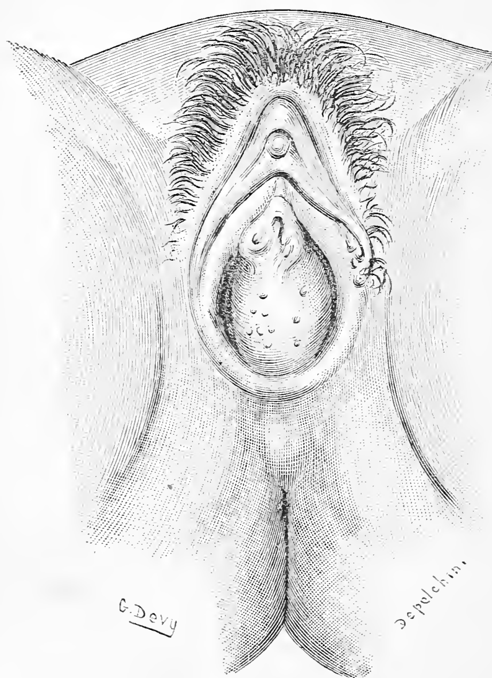


Fig. 64. Hymen imperforé distendu par le sang des règles accumulé.

utérine, susceptible, si elle n'est traitée à temps, d'entraîner la mort.

Le seul traitement applicable, et il amène toujours la guérison, est l'incision cruciale de la membrane hymen, suivie d'injections vaginales antiseptiques (1).

Le Professeur Ledentu a donné communication verbale à la Société de Chirurgie, au nom du Dr H. Osiecki, d'une observation d'imperforation de l'hymen (2).

« ... Je suis appelé à Sainte-Menehould, où j'exerçais alors (1881), par M. B..., maître maçon, pour sa fille, âgée de quatorze ans, non réglée, souffrant de douleurs abdominales intolérables, et qu'un confrère — sans examen préalable, sans doute, — avait qualifiées de vésicales...

» Cette jeune fille présente un superbe développement de poitrine, des seins fermes, pleins. Passant ma main sous la couverture, sentant le

(1) B. Barnetche, *Considérations sur l'imperforation de l'hymen*. Thèse de Paris, n° 374, 1889.

(2) H. Osiecki (de Montgeron) *Atrésies et sténoses de l'hymen et du vagin*. (*Gazette de Gynécologie*, 15 novembre 1886).

ventre gros, voyant l'enfant se tordre, pousser des cris affreux, j'eus l'idée d'un accouchement, et, bizarrerie plus grande encore, le doigt entre les grandes lèvres sentait quelque chose de rond, assez ferme, qui pouvait faire croire à une présentation du siège au moment de l'expulsion.

» Les couvertures rejetées, je pus rassurer les parents, horriblement inquiets. Je me trouvais en présence d'une tumeur brunâtre, d'une membrane extrêmement résistante, rénitente. Le cathétérisme de la vessie opéré, ayant bien diagnostiqué une imperforation, j'implantai au milieu mon bistouri, je fis une incision de un centimètre et demi et donnai issue à 575 grammes d'un sang rouge brun.

» Le soulagement fut immédiat, les suites très simples : lotions de guimauve, bains de siège, deux jours au lit. La menstruation s'établit assez bien ; mais, un an après, je crus bien faire, dans l'intérêt du futur époux, en pratiquant une ouverture de deux centimètres plus large.

» Aujourd'hui, santé parfaite, belle fille, mariée peut-être. J'ai quitté le pays et n'en ai plus eu de nouvelles. »

On connaît d'assez nombreux exemples de grossesse avec intégrité de la membrane hyménéale. Dans ces cas, l'expulsion du fœtus se fait ordinairement par les voies naturelles, c'est-à-dire par l'anneau vulvaire, après dilatation de l'hymen, ce qui est rare, ou plus fréquemment après sa déchirure. Mais, exceptionnellement, l'hymen peut résister et l'accouchement se faire à travers le périnée. C'est ce que Cole (1), madame Slavianska (2), etc., ont observé.

Les causes déterminantes de cet accident sont spécialement la violence des contractions et l'inclinaison insuffisante du bassin (15 degrés).

Avec l'hymen imperforé et malgré la grossesse (il faut au moins admettre un pertuis ou un décollement de la membrane en un point de

(1) Cole, *Boston Med. Journ.*, nº 5, 1874.

(2) Madame Slavjanskaja, *Journal de Tocologie de Saint-Pétersbourg*, 12 déc. 1887, et *Journ. d'Obst. et de Gynécol.*, pp. 1006 et 1911, 1887.

son pourtour), il y a fréquemment un urèthre dilaté.

Zinsstag (de Bâle) a publié un cas de ce genre assez curieux (1).

C'est un vagin que le pénis se taille dans ses essais de pénétration infructueux dans le vagin.

Ces cas de conception, malgré la présence d'un hymen resté intact et peu perforé, me rappellent un passage de Fabrice d'Aquapendente, qu'on me permettra de citer, encore qu'il soit un peu... égrillard, mais « dans les mots les anciens ne bravent-ils pas la décence » ?

« Il me souvient ici, dit Fabrice d'Aquapendente, d'une question qui me fut proposée un jour par un Prestre : à savoir s'il est possible qu'une femme conçoive sans conjonction d'homme et sans que la verge entre dans la vulve; parce qu'il avait sceu d'un jeune homme et d'une fille qu'étant amoureux l'un de l'autre et se trouvant ensemble eux deux tout seuls,

(1) Zinsstag, *Ein Fall von Conception bei Hymen occlusum* (*Centralb. fur Gynækologie*, p. 219, 1888).

parmy les baisers, caresses, embrassements mutuels qu'ils se faisaient, se tenant debout, la fille permit que son serviteur touchât à peine du bout de sa verge l'orifice de la vulve; luy en cette ardeur, malgré qu'il en eût, deschargea à l'entrée de la vulve et de là, sans que la verge fut entrée aucunement dedans, cette fille devint enceinte; l'un et l'autre auraient bien pu avouer en toute liberté d'avoir eu l'accointance tout entière, si cela eust été, puisqu'aussi bien la fille se trouvait enceinte; mais tous deux assurèrent constamment que la verge n'était aucunement entrée dans la vulve. Je dis là-dessus, qu'en ce rencontre la conception se pouvait faire, parce qu'étant tous deux jeunes et brûlants d'amour il s'estait pu rencontrer que dans la posture où se mirent ces deux amants, le trou du gland se trouvât directement opposé et conjoint à celui de l'hymen et, partant que la semence jettée d'impétuosité par l'homme avait pu entrer dans la vulve par le trou de l'hymen, de là estre attirée en haut par une puissante faculté attractrice de

la matrice tout le long du fourreau de la vulve, et estant reçue dans la matrice, faire que cette fille conceut, car Platon assure que la matrice a une insigne faculté attractrice, lequel aussi compare la matrice à un animal qui serait dans un autre. Cette histoire donc est probable; mais pour cette autre qui est rapportée par Averroes, de la semence d'un homme jettée dans un bain, et ravie par la vulve d'une femme, d'où elle serait venue à concevoir, elle semble du tout absurde, et ne doit estre tenue pour véritable. »

Il résulte donc de là, qu'avec une atrésie congénitale extrême du vagin, celle dans laquelle le vagin n'est plus représenté, dans une partie de son trajet, que par un pertuis filiforme, aussi bien que dans les hymens presque complètement fermés, on peut observer d'une part de la colpostenose congénitale, comme dans le cas de E. Ory (1) notamment, et de l'autre un coït fécondateur et une grossesse consécutive, comme

(1) E. Ory, *Arch. de Tocologie*, t. X, p. 118, 1883.

Doleris (1), en particulier, en rapportait encore récemment une observation intéressante.

§ 7. — *Hymen à ouverture punctiforme.*

Dans certains cas, l'hymen présentant une

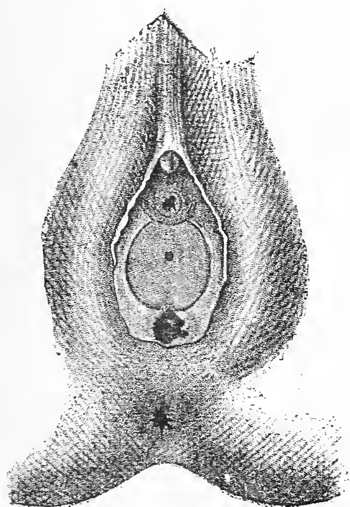


Fig. 65. Hymen à orifice très étroit.

épaisseur notable n'est pourvu que d'une ouverture à peine visible (fig. 65 et 66), en quelque

(1) Doleris, *Arch. de Tocologie*, t. XXIII, p. 135, 1886.

sorte punctiforme, qui équivaut presque à une imperforation. Il est évident que, dans ce cas, la défloration dans les conditions ordinaires est

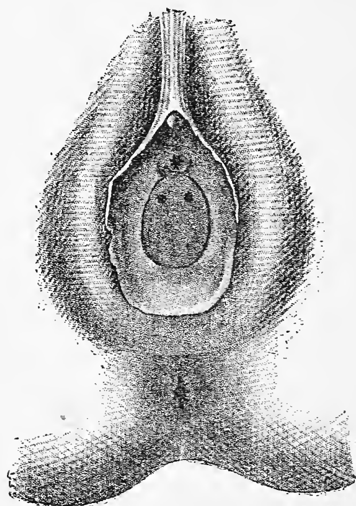


Fig. 66. Hymen à orifice punctiforme ; il existe une ulcération de la fourchette.

rendue presque impossible; que cet hymen à peine perforé doit opposer une résistance sensiblement égale à celle d'un hymen de même épaisseur complètement imperforé, et que, de

l'absence de déchirure, il ne sera pas permis de conclure que des violences et des efforts répétés n'ont pas été exercés.

Les difficultés que présentent les cas de ce genre, dans ces affaires d'une appréciation toujours si délicate, ont été bien mises en lumière par E. Delens (1) dans la relation du fait suivant, que nous donnerons avec quelques détails :

« Le 17 du mois d'août 1876, une jeune fille de quinze ans et demi, Angélina D...., fut recueillie aux abords d'une des gares de Paris par une femme, à laquelle elle confia qu'elle venait d'arriver à Paris pour se placer comme bonne d'enfant, mais qu'elle ignorait absolument comment elle devait s'y prendre pour trouver une place. Elle disait avoir été élevée dans un petit village de Normandie. Vers l'âge de sept ans, elle avait été placée par l'économe d'un hospice

(1) Delens, *De quelques vices de conformation de l'hymen dans leurs rapports avec la médecine légale.* (*Ann. d'hyg.*, 1877, 2ᵉ série, tome XLVII, p. 493.)

qu'elle indiquait chez des paysans qui avaient pris soin d'elle jusqu'à ce jour. Mais son père nourricier lui avait fait entendre, dans ces derniers temps, qu'elle était trop grande pour rester à sa charge et qu'elle devait chercher à se placer comme domestique. Un matin, il l'avait conduite à la station voisine du chemin de fer et lui avait remis un billet pour Paris, en même temps qu'un papier, lui disant qu'elle trouverait, à son arrivée à la gare, une personne qui l'attendrait et se chargerait d'elle, et que d'ailleurs, si elle était embarrassée, elle n'aurait qu'à montrer à un employé de la gare, le papier qu'il lui remettait.

» Arrivée à Paris, cette jeune fille ne trouva personne et lorsqu'elle s'adressa à l'un des employés, lui montrant le papier qui devait contenir les indications nécessaires, cet employé constata que ce papier ne contenait rien. Il était évident que son père nourricier avait voulu se débarrasser d'elle.

» La personne à laquelle cette jeune fille fit ce

récit chercha d'abord à la faire admettre dans un établissement tenu par des religieuses, mais n'ayant pu y réussir la confia à une blanchisseuse du quartier Saint-Vincent-de-Paul qui la prit comme apprentie. Au bout de peu de jours, sa patronne s'aperçut que la chemise et les draps de cette jeune fille étaient abondamment souillés de taches verdâtres, et elle la questionna sur l'origine de cet écoulement. Après des hésitations prolongées, Angélina D... avoua d'abord qu'un jeune homme d'un village voisin de celui qu'elle habitait avait eu des rapports avec elle; mais lorsqu'il lui fallut donner le nom de ce jeune homme et les moyens de le retrouver, elle se troubla. Poussée à bout, elle raconta que son mal lui venait de son propre père nourricier, qui, depuis cinq ans environ, avait abusé d'elle. Elle dit que tantôt dans les champs, tantôt dans une grange, il avait eu des rapports très fréquemment renouvelés avec elle, et que même, en l'absence de sa femme, il l'avait fait coucher plusieurs nuits de suite dans son lit. En même temps, il

lui avait fait les menaces les plus graves, si elle parlait jamais de ce qui se passait entre eux.

» Ce récit, malgré les contradictions du début, parut assez grave pour que sa patronne dénonçât ces faits à la justice. Les renseignements pris sur les lieux montrèrent que cette jeune fille avait dit vrai pour tout ce qui était relatif aux conditions dans lesquelles s'était passée son enfance. Mais l'accusation si grave qu'elle portait contre son père nourricier était-elle fondée ? Évidemment l'examen des parties sexuelles de cette jeune fille, si elle avait été, comme elle le prétendait, soumise à des rapports aussi fréquemment renouvelés, devait en montrer les traces, et il était probable qu'elles devaient porter les signes d'une défloration complète.

» C'est dans ces conditions que nous fûmes chargé par le Parquet de l'examiner, le 24 septembre 1876. Voici quel fut le résultat de notre examen :

» Angélina D... est une fille de quinze ans et

demi, grande, pâle, à teinte chloro-anémique. Elle a les cheveux châtain très clair, mais les yeux sont bruns. Elle dit n'avoir pas encore été réglée. Son expression est sérieuse, douce; son allure un peu timide.

» Nous ne constatons aucune lésion des lèvres, de la bouche, ni du pharynx. Les ganglions sous-maxillaires ne sont pas engorgés. Les membres ne portent aucune trace de violence.

» Les organes génitaux sont dans l'état suivant: Il n'y a pas encore de poils sur le pubis et les grandes lèvres; à peine y a-t-il un léger duvet blond. Cependant la fente vulvaire est grande, allongée; elle s'élargit notablement en arrière, comme on l'observe chez la jeune fille complètement formée. Les grandes lèvres sont recouvertes par du muco-pus concrété et la chemise est souillée de taches jaunâtres. Le clitoris n'offre rien à noter, mais la face interne des petites lèvres présente une rougeur vive et des signes d'irritation. La fourchette est également rouge,

et au milieu de la fosse naviculaire existe une petite ulcération superficielle à bords irréguliers, sans caractères spécifiques.

» Le vestibule et le méat urinaire ne présentent pas de rougeur, mais sont souillés par du muco-pus.

» L'hymen est représenté par une membrane de couleur rosée, fermant au premier abord complètement le vagin. Cependant, à son centre, existe un petit pertuis de 1 millimètre environ de diamètre, dans lequel un stylet fin peut pénétrer et par lequel la pression exercée sur le périnée fait sourdre un peu de pus provenant du vagin. L'épaisseur de la membrane est difficile à évaluer, mais elle nous a paru être au moins d'un millimètre, et sa résistance, en tout cas, paraît être assez considérable.

» A part un léger élargissement de la partie postérieure de la vulve, nous ne constatons pas de déformation notable des parties sexuelles et du périnée.

» L'anus n'offre pas de lésions et les gan-

glions de l'aine ne sont pas sensiblement plus volumineux qu'à l'état normal. »

En somme, Delens constatait, chez cette jeune fille, l'existence d'une vulvite et d'une vaginite bien caractérisées, accompagnées d'un écoulement muco-purulent et même d'une légère ulcération de la fourchette. Ces lésions inflammatoires se présentaient à lui avec les caractères d'une acuité médiocre; elles devaient exister depuis un temps assez long, et il n'hésite pas à dire qu'elles ne lui ont pas paru pouvoir s'être développées spontanément.

D'autre part, le développement général des parties sexuelles de cette jeune fille, malgré l'absence de certains des signes de la puberté, était tel que dans les conditions de fréquentation habituelle avec celui qu'elle accusait, elle offrait les conditions voulues pour que la défloration fût complète.

Or, de ce que l'hymen était absolument intact, devait-il, conformément aux règles ordinaires, conclure que cette jeune fille n'avait pu subir les

tentatives répétées de rapports dont elle se plaignait, et que son récit était purement imaginaire? Assurément non; car la résistance de la membrane hymen et l'étroitesse tout à fait insolite de l'orifice dont elle est percée mettent cette jeune fille dans des conditions exceptionnelles pour la possibilité d'une défloration.

Les signes d'inflammation, la sécrétion mucopurulente et l'ulcération de la fosse naviculaire confirmaient suffisamment les allégations de cette jeune fille, et prouvaient, malgré l'absence des signes habituels de la défloration, qu'elle avait dû réellement subir les approches d'un homme.

Aussi, dans son rapport, le Dr Delens n'a pas cru devoir se contenter de mentionner simplement l'absence de la défloration chez cette jeune fille. Il a ajouté que la conformation particulière de ses parties sexuelles rendait cette défloration presque impossible, et qu'il avait pu y avoir des tentatives répétées de rapports, sans que celle-ci se fût produite.

Le vice de conformation de l'hymen que pré-

sente Angélina D... peut-il entraîner des inconvénients pour cette jeune fille ?

Relativement à la menstruation, bien qu'elle n'ait pas encore été réglée, il ne saurait y avoir de craintes sérieuses. Le très petit pertuis dont est percée la membrane, suffisant pour permettre aujourd'hui l'écoulement du pus qui provient du vagin, permettra certainement aussi l'écoulement des règles, lorsqu'elles s'établiront. Sous ce rapport, il y a une différence absolue entre ce vice de conformation et l'imperforation complète qui entraîne de graves dangers, lorsqu'elle n'est pas reconnue avant les premières époques menstruelles.

Mais pour ce qui est de l'accomplissement régulier des rapports sexuels, il est évident que cette jeune fille se trouve exactement dans les mêmes conditions que si elle présentait une imperforation complète. Il n'y a rien à attendre de la dilatation d'un orifice aussi petit, et elle devra plus tard se soumettre à une opération d'ailleurs bien simple, ayant pour but de créer un orifice

qui, on peut dire, n'a actuellement qu'une existence virtuelle.

Les cas dans lesquels l'hymen, régulièrement perforé, persiste dans les conditions où il aurait dû être détruit, sont le résultat, ou bien de la résistance seule de l'hymen, cas le plus fréquent, ou bien de l'insuffisance des forces destinées à surmonter l'obstacle. Jusqu'au mariage, cette persistance n'a pas autrement d'inconvénient. Mais le jour où il met obstacle à la copulation, l'hymen peut devenir un obstacle gênant. Plus d'une fois on l'a vu devenir la cause d'une violente irritation des parties génitales externes ; dans plus d'un cas, on l'a vu introduire le trouble dans la famille. — Beck, Fleetwood Churchill, (1) Champion, Emmet, etc., ont observé des hymens rigides, nous l'avons dit, et à côté un urèthre qui ne laissait aucun doute qu'il servait de poche copulatrice.

En médecine légale, la persistance et la rigi-

(1) Feetwood Churchill, *Maladies des femmes*, 3e édition, 1881.

dité de l'hymen ont été signalées à juste titre, nous venons de le voir plus haut, comme des causes de stérilité, et plus d'un chirurgien a vu la stérilité cesser après la destruction d'un hymen résistant. Oldham entre autres a rapporté des exemples de ce genre.

Toutefois, on ne doit pas conclure de là qu'un hymen résistant conduise fatalement à la stérilité. Fodéré rapporte une observation de Fabricius, dans laquelle un mari demandait la dissolution de son mariage, parce qu'il ne pouvait pas avoir de rapports complets avec sa femme; or, à l'examen, la femme fut trouvée enceinte, et une incision détruisit l'obstacle. Depuis, Tucker, Merriman, Davis, Crosse, Fleewood Churchill, etc., ont observé des cas analogues.

Ashwell croit que l'imperforation de l'hymen est très fréquente chez les jeunes enfants, et Churchill suppose que si plus tard cette anomalie est moins fréquente après la puberté, c'est que les parents ou les petites filles remédient à cette anomalie avant l'âge où elle pourrait deve-

nir gênante. Je dois dire que l'examen d'un assez grand nombre de nouveau-nés ne m'a point permis de confirmer l'opinion de Ashwell.

ARTICLE VIII

PATHOGÉNIE DES MALFORMATIONS DE L'UTÉRUS, DU VAGIN ET DE L'HYMEN

Avant d'aborder l'étude des vices de conformation de la vulve, je désire revenir d'une façon générale sur les malformations du canal utéro-vaginal, dans le but d'en bien exposer l'origine.

Les conduits de Müller constituent la totalité du canal génital, trompes, utérus et vagin. Les trompes dérivent du tiers supérieur des conduits, le canal utéro-vaginal des deux tiers inférieurs, et la limite des deux est ordonnée par l'insertion wolfienne des ligaments de Hunter ou ligaments ronds. — Les trompes de Fallope peuvent donc être considérées comme les parties supérieures, non soudées et divergentes des conduits de Müller. Lorsque l'espace compris entre l'insertion

des ligaments ronds et l'extrémité inférieure du canal utéro-vaginal est réduit à peu de chose ou à rien, comme cela est la règle chez certains animaux, l'exception dans l'espèce humaine, le corps de l'utérus est diminué ou supprimé; il n'y a plus d'utérus, mais deux *cornes utérines*, qui prennent l'importance d'un utérus et s'ouvrent par deux orifices distincts dans le vagin, comme cela a lieu chez l'écureuil, le lièvre, le lapin. Si l'insertion des ligaments ronds remonte un peu, il se développe un petit utérus; c'est le cas du cobaye, du rat. Supposons que cette insertion remonte davantage, le corps de l'utérus sera encore plus grand (Carnassiers, Pachydermes, Ruminants, Solipèdes, etc.), mais il restera des cornes utérines encore très longues. Celles-ci disparaissent chez les Singes; mais dans le type humain lui-même, les vestiges s'en retrouvent normalement, car il y a longtemps que Meckel a signalé que le fœtus de trois mois a un utérus franchement bicorne. Mais déjà à cet âge on peut trouver les traces d'un espace appréciable où se dévelop-

pera le corps de l'utérus destiné à absorber et à effacer les cornes. — Toute une série de malformations peuvent provenir de ces états embryonnaires et reproduire, par *anomalie réversive*, les divers types que nous venons de mentionner dans la série animale.

Chez la plupart des Marsupiaux, les conduits de Müller ne se fusionnent pas; ils évoluent séparément et donnent naissance à deux utérus et à deux vagins s'ouvrant par deux orifices distincts dans le vestibule. D'autres fois, comme chez *Halmaturus*, les deux vagins bien séparés dans leur partie moyenne se réunissent en un seul conduit en haut et en bas, qui reçoit par son ouverture supérieure les deux cols utérins, et par son ouverture inférieure débouche dans le vestibule. Des traces de la division intérieure du canal génital existent à des degrés divers chez presque tous les animaux, à l'exception des Singes et de l'Homme. Chez beaucoup de Rongeurs, notamment chez le Lièvre, il y a ainsi un double utérus et un double vagin. Chez d'autres,

comme la Souris, le cloisonnement ne porte que sur la partie supérieure de l'utérus.

Les considérations précédentes d'anatomie comparée offrent un tout aussi grand intérêt pour expliquer les malformations de l'utérus et du vagin que les notions d'Embryologie elles-mêmes qu'elles complètent et éclairent. La Tératologie, en effet, relève à la fois de l'évolution ancestrale ou phylogénie et de l'évolution individuelle ou ontogénie.

C'est à l'aide de ces deux sciences qu'on peut se rendre compte des vices de conformation congénitaux.

Longtemps on a considéré ces vices de conformation comme de simples caprices de la nature. Mais aujourd'hui nous savons qu'ils ont des causes naturelles, dont l'arrêt de développement est la pierre angulaire.

Quant à la cause initiale, faut-il s'arrêter à l'idée simple d'arrêt de développement ou remonter plus haut, vers une cause supérieure, l'atavisme, reproduisant sporadiquement, comme

le remarque fort bien S. Pozzi (1), dans une espèce les formes d'une autre espèce, par l'effet de ce que Darwin a appelé un phénomène de réversion ? Sans aucun doute, l'esprit philosophique ne s'arrêtera pas au simple phénomène d'arrêt de développement ; il recherchera plus haut la cause essentielle de l'anomalie, et il aura raison.

Parmi les causes occasionnelles, il n'est pas douteux que l'hérédité n'entre souvent en jeu.

Squarey, Hauff, Phillips, n'ont-ils pas cité les cas de plusieurs sœurs d'une même famille qui n'avaient jamais eu de règles et dont les trois tantes étaient stériles ? La cause immédiate, dans l'immense majorité des cas, est un arrêt dans l'évolution morphologique ou la croissance organique. Certains vices de conformation cependant, comme les brides transversales du vagin, paraissent être le fait d'un processus pathologique ayant produit des adhérences et des soudures, durant la vie fœtale.

(1) S. Pozzi, *Traité de Gynécologie,* Paris, 1889.

Quelques notions relatives au développement du canal utéro-vaginal dans l'espèce humaine permettront de se rendre compte des étapes qu'il parcourt et des arrêts accidentels qu'il peut subir.

Dès le début du troisième mois de la vie utérine, les deux conduits de Müller sont fusionnés dans toute l'étendue de ce que Thiersch a appelé le *cordon génital*, sauf tout à fait à leur extrémité inférieure. A ce moment, le canal génital ne présente encore aucune trace de division en utérus et en vagin, et toute sa partie inférieure est encore dépourvue de lumière ; ses parois sont en ce point agglutinées, comme le sont celles des paupières à la même époque (1).

A la fin du troisième mois, on voit la lumière du conduit de Müller apparaître de bas en haut ; les deux canaux de Wolff cheminent sur les côtés du conduit et viennent s'ouvrir au vestibule, en arrière de l'urèthre. Ce conduit, qui

(1) Geigel, *Ueber Variabilitat in der Enwickl. der Geschlechsorgane bei Menschen*, 1883.

était primitivement double, devient unique par la disparition progressive de bas en haut de la cloison qui le séparait en deux canaux juxtaposés. Ce travail est achevé au cinquième mois. — Mais déjà, vers la fin du troisième mois, le canal génital commençait sa différenciation en utérus et vagin par l'apparition du col utérin.

La surface interne de l'utérus reste plissée durant toute la vie fœtale ; elle est parcourue par les plis de l'arbre de vie qui paraissent s'étendre, à cette époque, à tout l'organe, mais comme en réalité le fond de la matrice n'est pas encore formé, ces plis restent limités à ce qui deviendra plus tard le *cervix* utérin. Les trompes, d'abord pourvues d'un simple orifice, acquièrent un pavillon frangé.

A cette époque, la vulve, de formation ectodermique, est profonde ; elle se termine par un infundibulum, le vestibule, qui mérite bien alors le nom de canal vestibulaire. Dans ce canal débouchent l'urèthre et le vagin, dont

l'entrée se garnit, à la dix-neuvième semaine (Dohrn), d'un repli qui n'est autre que l'hymen. Ce repli ne devient saillant dans le vestibule que vers la fin du cinquième mois.

A la naissance encore, l'utérus est loin d'avoir la forme qu'il aura plus tard. Son col en forme la principale partie, le museau de tanche est gros, et sa lèvre antérieure déborde assez souvent sa lèvre postérieure. Cette disposition en museau de tapir peut devenir l'origine de la forme exceptionnelle tapiroïde du col de la femme adulte.

Pendant les premières années de la vie, l'utérus ne participe que peu à la croissance générale du reste du corps. Sa vie reste, pour ainsi dire, latente jusqu'à la puberté, époque à laquelle il subit une poussée qui l'amène à son état définitif. Cet accroissement porte surtout sur le corps, et ainsi celui-ci prend la prédominance sur le col qu'il conservera ensuite toute la vie.

ARTICLE IX

ANOMALIES DE LA VULVE

Les anomalies de la vulve relèvent à peu près toutes d'un arrêt dans le développement normal des organes génitaux externes.

Nous mentionnerons l'atrésie, la persistance du cloaque, l'hypospadias, l'épispadias, l'abouchement des uretères à la vulve, l'absence de la vulve, la vulve infantile, la vulve des monstres doubles pygopages, l'absence et la soudure des grandes et des petites lèvres, l'absence, l'atrophie et l'hypertrophie du clitoris, et diverses malformations qui, seules ou unies à d'autres malformations des organes génitaux internes, constituent ce que l'on a appelé l'*hermaphrodisme*.

§ 1er. — *Atrésie complète de la vulve et de l'urèthre.*

Elle résulte de l'absence du sillon génital qui prolonge en avant l'entrée du sinus uro-génital.

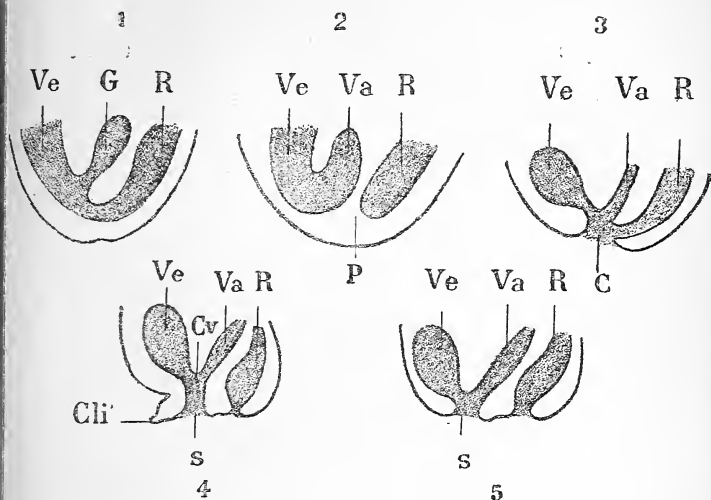


Fig. 67-71. Malformation des organes génitaux externes de la femme. (Schrœder.)

Fig. 1. Atrésie complète de la vulve. Rectum (*r*), vessie (*Ve*), et canal génital (*g*), communiquant entre eux.

Fig. 2. Atrésie complète de la vulve. L'allantoïde (*Va*) s'est séparée du rectum (*r*); la vessie (*b*) et le canal génital (*g*) sont distendus par l'urine.

Fig. 3. Atrésie ano-vaginale. Le périnée (*d*) ne s'est pas formé et le cloaque persiste; vessie (R), vagin (Va), et rectum (Ve) aboutissent à ce cloaque commun.

Fig. 4. Persistance du sinus uro-génital (*s*), auquel aboutissent l'urèthre (C*v*) et le vagin (V*a*). Le clitoris (*c*) est hypertrophique. On confond facilement cette malformation avec l'hypospadias de l'homme.

Fig. 5. Hypospadias chez la femme. L'allantoïde tout entière s'est transformée en vessie, celle-ci s'abouche directement, sans l'intermédiaire d'un urèthre, dans le sinus urogénital (*s*), c'est-à-dire dans le vestibule.

Il n'y a pas alors d'ouverture vulvaire, et, selon que le cloisonnement du cloaque s'est fait ou non, la vessie, le rectum et le canal génital sont séparés ou communiquent ensemble (fig. 67).

L'urèthre n'étant pas ouvert à l'extérieur, la vessie est énormément distendue par l'urine.

D'ordinaire les enfants atteints de ce vice de conformation ne sont pas viables.

§ 2. — *Persistance du cloaque.*

Lorsque le cloisonnement du cloaque ne se fait pas, il y a ce que l'on a appelé l'*atrésie ano-vulvaire* ou *vestibulaire* et *ano-vaginale*. Dans ces circonstances, le rectum s'ouvre dans le sinus uro-génital, dépendance du pied allantoïdien ou ouraquien, et qui sert de confluent au rectum, au canal utéro-vaginal et à l'urèthre. Il peut aussi y avoir simple *fistule ano-vaginale congénitale* (Joseph, Caradec, L. Mayer, P. Reichel, V. Rosthorn), par suite de l'imperfection de la cloison périnéale.

§ 3. — *Hypospadias.*

L'*hypospadias de la femme* comprend deux degrés.

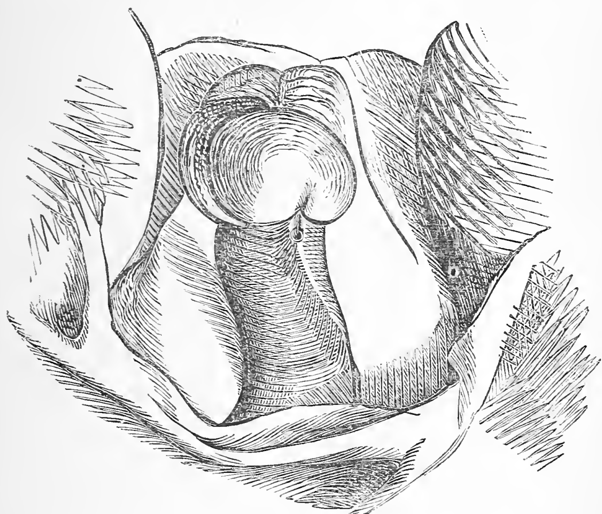


Fig. 72. Hypospadias chez l'homme.

Dans le premier, le périnée s'est correctement développé, mais le sinus uro-génital a conservé ses dispositions embryonnaires. Le canal vestibulaire est alors long et étroit, et il reçoit assez haut le vagin et l'urèthre.

On a considéré, à tort, cette malformation comme une simple ouverture, à un niveau élevé, de l'urèthre dans un vagin rétréci inférieurement.

L'hypertrophie du clitoris coïncide fréquemment avec cet état.

Le deuxième degré de l'hypospadie est caractérisé par le manquement complet du canal de l'urèthre. Le vagin et le col vésical s'ouvrent alors directement ensemble dans le vestibule, ce qui donne l'aspect d'une ouverture du col de la vessie dans le vagin.

Cette anomalie se réalise lorsque la partie inférieure de l'allantoïde qui devait se transformer en urèthre, autrement dit lorsque le canal urogénital, a été absorbé dans le développement de la vessie.

§ 4. — *Épispadias.*

L'*épispadias de la femme* est assez rare. Elle peut coïncider, ou non, avec l'exstrophie de la vessie, le manque d'union de la symphyse des

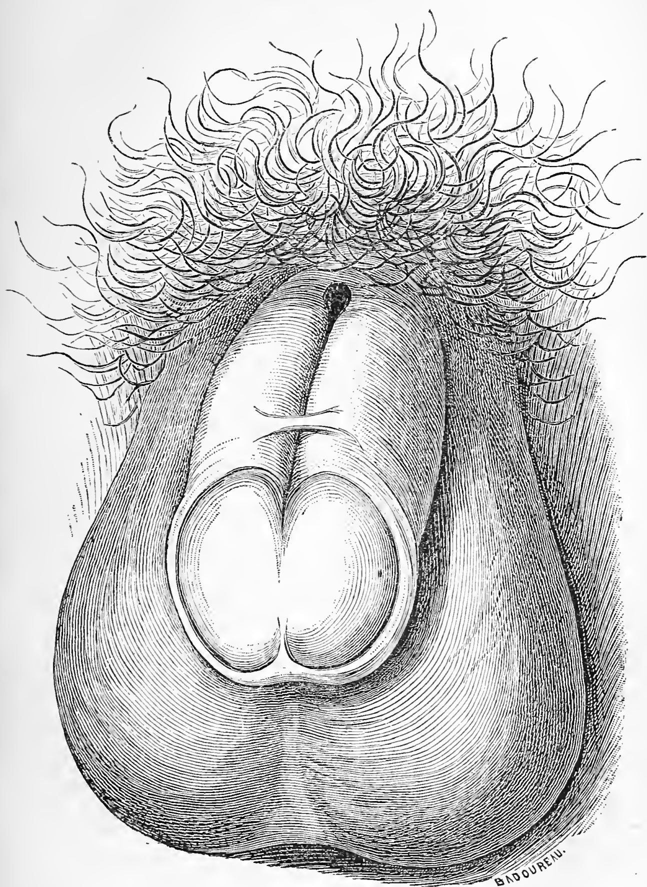


Fig. 73. Epispadias complet chez l'homme. (Musée Dupuytren.)

pubis, ainsi qu'avec l'imperforation de l'anus et l'absence ou la bifidité du clitoris.

Des cas de ce genre ont été rapportés par Gosselin, Félix Guyon, A. Hergott, Kleinwachter, Emmet, Richelot, Dohrn, Moricke, R. Frommel, etc. — Ils sont certainement en relation avec une disposition défectueuse de l'allantoïde, qui met obstacle au développement de la vessie et du canal de l'urèthre ou de l'urèthre seul, et à l'occlusion de l'extrémité antérieure de la vulve (Klebs, Ahfeld), mais leur mécanisme de formation est encore sujet à discussion.

Dans ces conditions, à la place du vestibule et du méat, on voit une gouttière ; le clitoris, dans un cas rapporté par Nunez, a paru faire défaut; le plus ordinairement, il est bifide, anomalie que Henle et Albrecht ont rapprochée de la disposition normale que l'on observe chez les Monotrèmes et les Sélaciens, dans lesquels il y a, chez les premiers deux glands, chez les seconds deux hémi-pénis. Les grandes lèvres divergent supérieurement ; chaque petite lèvre

est annexée à chaque moitié du clitoris bifide. La symphyse est écartée ou non, et la muqueuse vésicale fait saillie sous la forme d'un bourrelet au-dessus du clitoris.

L'incontinence d'urine est plus ou moins complète.

§ 5. — *Abouchement des uretères dans le vagin, à la vulve, dans le rectum.*

L'abouchement des uretères à la vulve ou dans le vagin a été étudié par Secheyron (1), et l'abouchement de ces conduits dans le rectum a fait l'objet d'un intéressant travail de Jeannel (2).

Indépendamment des cas dans lesquels les uretères s'ouvrent dans le vagin, par le fait de l'absence de l'urèthre et du col vésical, comme dans l'hypospadias, on a vu une déviation du type normal dans l'ouverture d'un uretère au pourtour du méat.

(1) Secheyron, *Arch. de Tocologie*, 1889.
(2) Jeannel, *Rev. de Chirurgie*, avril 1887.

Bousquet, J.-V. Massari (1) ont rapporté chacun une observation dans laquelle, en même temps qu'il y avait un cloisonnement du vagin, l'un des uretères s'ouvrait dans le capuchon du clitoris; J.-T. Winter observait encore dernièrement une femme chez laquelle les uretères s'ouvraient à la face externe des grandes lèvres (2).

Il est probable que, pour créer cette anomalie, il faut que l'uretère, né plus haut que de coutume sur le canal de Wolff, manque son abouchement dans la vessie et suive le canal de Wolff (canal de Gaertner) dans sa descente derrière le sinus uro-génital pour venir s'aboucher avec lui dans le vestibule de la vulve.

§ 6. — *Absence de la vulve.*

L'absence de la vulve est caractérisée par le défaut des organes génitaux externes et l'abou-

(1) Massari, *Centralb. f. Chirurgie,* p. 62, 1880.
(2) Winter, *Soc. obst. et gyn. de Washington,* 6 avril 1888.

chement direct du sinus uro-génital là où se trouvent d'ordinaire la vulve et le vestibule.

Cette malformation peut-elle coïncider avec un développement normal des organes génitaux internes ?

On en trouve quelques observations dans les auteurs anciens, mais on peut se demander si elles sont bien convaincantes. Dans un cas rapporté par Foville en 1856, il semble bien pourtant que, dans ces conditions, il n'est pas impossible de rencontrer des organes génitaux internes normaux, mais on pourrait interpréter l'anomalie d'une autre façon, en la considérant comme la conséquence de la soudure des grandes lèvres.

§ 7. — *Vulve infantile.*

L'état infantile de la vulve s'observe chez les dégénérées, qui ont en même temps un canal utéro-vaginal rudimentaire.

§ 8. — *Vulve des monstres doubles pygopages.*

Chez les monstres doubles pygopages, c'est-à-dire réunis par la région fessière, on a

constaté que ces malheureux êtres, accouplés pour la vie d'une manière si gênante, étaient toujours du même sexe et presque toujours du sexe féminin.

Telle était Judith-Hélène (fig. 74), dont l'observation a été assez inexactement rapportée par Buffon (1) et plus correctement par J.-J. Torkos.

Telle était aussi Millie-Christine, qui se fit voir à Paris en 1868 (2).

Même dans ses erreurs, la nature obéit à des lois, comme l'a dit J. Geoffroy Saint-Hilaire. Les monstres doubles sont trop symétriques à la partie supérieure pour que leur point d'union comporte une fusion complète.

Lorsque les monstres vivent, ils fonctionnent suivant les lois de l'organisme normal; autrement, ils ne vivent pas. Toutes les attitudes

(1) Buffon, tome III, p. 50.

(2) Pour plus de détails, voyez Tardieu et Laugier, *Contribution à l'histoire des monstruosités considérée au point de vue de la médecine légale* (*Ann. d'hyg.*, 1874, 2e série, tome XLI, p. 340).

qu'ils prennent sont toujours dans la série des attitudes de l'homme normal.



Fig. 74. Judith–Hélène, deux filles jumelles jointes et unies par les parties postérieures (pygopage bifemelle adulte de Geoffroy Saint-Hilaire).

Ces deux monstres doubles femelles, Judith-

Hélène et Millie-Christine, n'avaient qu'un anus, et ils avaient tous deux tourné leur visage, la sœur de droite vers la sœur de gauche, du côté opposé au siège de leur anus, suivant la loi des attitudes dans l'espèce humaine et même chez les animaux.

L'anus unique et la vulve double sont des faits tératologiques constatés, évidents. Mais il n'est pas sans intérêt de rechercher, au point de vue du développement, comment il se fait que l'anus et la vulve, qui sur une femme normalement conformée se trouvent dans le plan médian antéro-postérieur du corps, se trouvent chez le monstre double sur deux plans parallèles.

Remarquons d'abord que l'accolement des deux fœtus dos à dos n'a pas lieu de façon que leurs deux plans médians se confondent; il y a toujours un peu d'inclinaison d'un côté ou de l'autre. C'est cette inclinaison qui dirige le développement. Or, du côté où l'axe transversal de chacun des bassins s'écarte, l'anus doit nécessairement suivre la partie postérieure, et la partie postérieure des deux vulves doit se rapprocher.

Certes, en supposant l'accolement plus intime, il est évident qu'il y aurait un cloaque, où se trouveraient confondus les anus et les deux vulves. Mais en considérant que les bassins ne sont point fusionnés entièrement, chez les monstres doubles femelles observés jusqu'à ce jour, on saisit alors comment les anus, fusionnés en

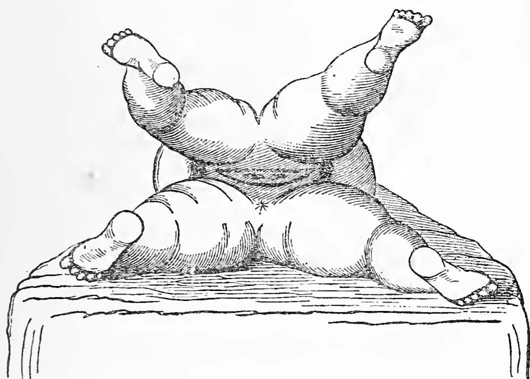


Fig. 75. Millie-Christine : vue de l'anus, de la vulve double et du périnée.

un seul, se trouvent d'un côté des deux vulves unies bout à bout, et formant une sorte d'arc ouvert sur le côté opposé à l'anus, ainsi que cela peut être vu sur la figure 75.

Pour Millie, sa vulve est à gauche par rap-

port à l'anus commun, qui est à sa droite; pour Christine, la vulve est à sa droite par rapport à l'anus commun, qui est à sa gauche. Ce que l'on peut appeler le périnée est une portion de peau de peu d'étendue se trouvant entre l'anus et la cloison vaginale qui est apparente à l'union des deux vulves.

Le Dr Bancroft a vu et constaté, un jour où Millie-Christine avait un abcès à l'anus nécessitant l'intervention chirurgicale, la disposition des organes génitaux externes du monstre double.

Le chirurgien américain n'a pas donné de détails étendus, mais il a dit qu'il n'y avait qu'un anus, et qu'il existait une vulve double avec deux hymens, séparés par une cloison comme un vagin double.

La vulve double est cachée; cela devait être en effet, car deux vulves unies à leur extrémité postérieure ne peuvent avoir assez de longueur pour occuper tout le plancher inférieur des deux bassins.

Sur la figure 75, où la position couchée permet de voir l'anus, la vulve double et le périnée, le dessinateur a représenté la disposition régulièrement anormale des organes génitaux externes des monstres doubles femelles.

Le reste des parties sexuelles était normalement conformé; il y avait deux urèthres, deux clitoris et deux paires de petites lèvres.

Isid.-Geoffroy Saint-Hilaire (1) assure n'avoir pas vu par lui-même les genres *pygopage* et *métopage*. Plus heureux que cet illustre Maître, les docteurs Joly et Peyrat ont eu la bonne fortune de pouvoir observer un pygopage bi-femelle, né à Mazères (Ariège), au mois de janvier 1869. La mère était primipare et d'une bonne constitution. L'accouchement fut un peu long, mais on ne peut dire très laborieux. Il n'est pas possible d'indiquer le sens de la présentation, l'enfant étant déjà né quand le Dr Peyrat arriva près de lui. Il est encore plus regret-

(1) Geoffroy Saint-Hilaire, *Histoire des Anomalies de l'organisation ou Traité de Tératologie.* Paris, 1832-36.

table de n'avoir pu soumettre à une dissection attentive le monstre dont il s'agit; mais il a fallu s'incliner devant la répugnance et les scrupules de la famille, et se borner exclusivement à leur reproduction, sous divers aspects, par la

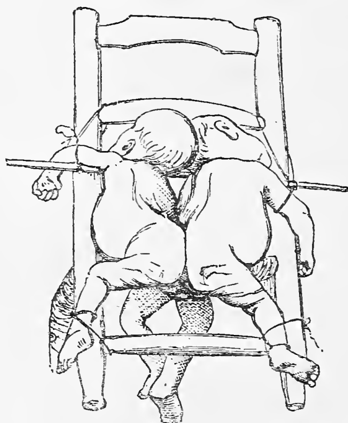


Fig. 76. Le Pygopage de Mazères.

photographie. Inutile de dire que les auteurs n'ont pas pu, même à prix d'or, conserver à la science ce précieux spécimen, tant les préjugés règnent encore dans nos campagnes et même dans nos villes du Midi, tant il est difficile de les en extirper.

Quoi qu'il en soit, il a été facile à MM. Joly et Peyrat de voir que ce double monstre réunit en lui toutes les particularités essentielles qui distinguaient Hélène-Judith et Millie-Christine.



Fig. 77. Vue des organes sexuels du Pygopage de Mazè.es.

En effet, le monstre de Mazères était muni de deux ombilics bien distincts (1). Il avait deux têtes, quatre bras, quatre jambes (fig. 76) et il appartenait au sexe féminin. Donc rien d'anormal en réalité, si l'on excepte la soudure qui réunis-

(1) Il y avait aussi deux placentas séparés.

sait les deux sujets dans la région fessière (fig. 76).

Il faut noter cependant que l'un d'eux était atteint d'un spina bifida, qui explique la courte durée de son existence (huit à dix heures), tandis que l'autre a survécu environ vingt heures à sa sœur déjà saisie et glacée par la mort.

On dit que, chez Millie-Christine, le sein donné à l'une des deux sœurs apaisait aussi la faim de l'autre. Pareille observation n'a pu être faite sur le monstre ariégeois.

Il n'a pas été possible, avons-nous dit, de livrer au scalpel le double enfant de Mazères. Cependant la ressemblance presque parfaite des formes extérieures de ce monstre, soit avec Hélène-Judith, soit avec Millie-Christine, permet d'induire logiquement une ressemblance non moins grande de son organisation interne comparée à la leur.

En ce qui concerne les organes sexuels, nous savons, à n'en pas douter, qu'ils se composaient à l'extérieur d'une vulve unique, placée à peu près au milieu de l'axe d'union, c'est-à-dire au

centre d'une sorte de quadrilatère (fig. 77) situé lui-même en dessus des quatre cuisses, réunies à leur point d'origine.

Cette vulve, qu'on pouvait apercevoir en écartant et relevant tout à la fois les quatre membres inférieurs, se composait des parties qu'on trouve à l'état normal : grandes et petites lèvres, clitoris, méat urinaire, membrane hymen, rien n'y manquait, pas même une sorte d'éminence graisseuse mamelonnée, que l'on pouvait considérer comme étant le mont de Vénus.

Le vagin, unique à son orifice extérieur, se bifurquait-il, comme chez Hélène-Judith, pour se rendre à deux utérus distincts, indépendants et pourvus chacun de leurs ovaires et de leurs trompes de Fallope ? Nous l'ignorons complètement. Une sonde de femme, promenée dans divers sens, n'a pu apprendre non plus rien de précis au sujet de la duplicité plus que probable des organes génitaux internes.

Cette même sonde introduite par le méat urinaire unique a pénétré dans une vessie d'où elle

a fait couler l'urine. Il est à présumer, pour ne pas dire certain, qu'il existait une seconde vessie, bien que la sonde n'ait pu la découvrir.

Quant à l'anus, il était unique comme la vulve, et situé au-dessous de celle-ci, entre la cuisse droite de l'un des individus et la cuisse gauche de l'autre. Le besoin de la défécation devait donc se faire sentir simultanément chez les deux sujets, ce qui du reste est prouvé par le fait même, à savoir l'évacuation du méconium, quelques heures après la naissance. Tout porte à croire que si le rectum était unique, le reste de l'intestin et de ses annexes était double.

En juin et juillet 1891, on exhiba à Paris, sur le théâtre de la Gaîté, deux jeunes filles de treize ans qui étaient soudées l'une à l'autre par la partie postérieure du bassin, et qui portaient le nom de *Rosa-Josepha*.

Voici quelques renseignements que nous empruntons à M. le Dr Marcel Baudouin (1) :

(1) M. Baudouin, *les Sœurs Rosa-Josepha Blazek* (*La Semaine médicale*, 8 juillet 1891).

« Elles sont soudées par la paroi postérieure du bassin, absolument comme Hélène-Judith.

» L'angle rentrant formé par les corps, la pointe du V représentant les troncs, est constituée par la réunion intime des régions sacrées et coccygiennes au centre et celle des quatre fesses sur les parties latérales. On trouve là une ensellure, dont la charpente osseuse simule une véritable selle de bois, comparable à celle de nos cavaliers bretons. Il y a un bassin unique, d'une ampleur exagérée, quoiqu'il soit formé par une double charpente osseuse, c'est-à-dire quatre os iliaques, d'où partent quatre membres inférieurs, qui sont bien conformés, si l'on en juge surtout par les gambades auxquelles se livrent sans peine ces jeunes demoiselles.

Au-dessous de la jonction sacrée, entre les quatre fesses, dans l'espace quadrilatère et en forme de dôme, limité par l'origine des quatre cuisses, se trouve une région dont la description est capitale pour l'histoire des Pygopages. Au dire du D[r] Aug. Breisky, qui est très précis sur

ce point, et de M. le D[r] Isch-Wall, aussi affirmatif, il n'y a là, à première vue, que des organes uniques : un seul urèthre, une seule vulve, un seul anus.

» Il n'y a qu'un seul orifice uréthral, par où l'on a vu sortir l'urine. Personne, il est vrai, n'y a introduit de sonde ; aussi n'a-t-on pas pu se rendre compte exactement de la constitution du reste de l'appareil urinaire. Il est certain cependant qu'il y a deux vessies, car le besoin d'uriner ne se fait pas sentir en même temps pour les deux sujets ; c'est ce qui existait d'ailleurs chez les autres Pygopages et se comprend très bien si l'on songe que les allantoïdes sont formées au moment de la soudure des embryons et, en raison de leur situation très antérieure, restent assez éloignées du point de contact, qui est postérieur.

» Immédiatement en avant de l'urèthre se trouve, sur la ligne médiane antéro-postérieure, un seul clitoris assez bien développé, d'où partent de chaque côté, pour se diriger en arrière, de petites

lèvres rudimentaires et peu étendues. Le tout est entouré par une grande collerette presque ovalaire, représentant deux grandes lèvres et limitant une vulve unique.

» Mais dans cette vulve unique débouchent — point important — *deux* conduits vaginaux accolés l'un à l'autre comme les deux canons d'un fusil double, séparés nettement par une cloison complète et munis de deux hymens en croissant.

» Entre ces deux vagins et l'unique orifice rectal, placé à une faible distance en arrière, se trouve un périnée assez mince. Le rectum doit être simple jusqu'à une assez grande hauteur, car il n'y a qu'un seul besoin d'aller à la garde-robe; mais il y a indubitablement deux gros intestins.

» L'anus, l'urèthre et le clitoris sont placés sur une même ligne médiane, correspondant au diamètre antéro-postérieur de la voûte qui constitue la face intérieure de la jonction sacro-fessière. Les deux vagins, au contraire, seraient placés l'un à côté de l'autre sur le diamètre trans-

versal, c'est-à-dire sur celui qui est perpendiculaire au précédent. Mais c'est là une particularité à étudier plus à fond lors d'un prochain examen. Malgré la netteté du croquis que nous avons sous les yeux, nous ne saurions être absolument affirmatif sur ce point.

» Cette description diffère assez de celle de la région correspondante chez Millie-Christine, qui avaient deux clitoris et un seul vagin, au dire de Pancoast, médecin anglais qui les soigna pour un abcès de la région vulvaire, et chez Hélène-Judith, dont le vagin, d'abord unique, se divisait bientôt en deux conduits et dont le rectum se dédoublait à une très petite distance de l'anus. »

§ 9. — *Absence des grandes et des petites lèvres.*

L'*absence des grandes lèvres* a été observée à l'exclusion de toute autre anomalie, notamment par S. Pozzi. Elle est la règle dans l'exstrophie de la vessie.

L'*absence des petites lèvres* a été également observée (Hotman de Villiers, Auvard, Per-

chaux); elle coïncide le plus souvent avec un développement imparfait du clitoris.

§ 10. — *Hypertrophie des grandes et des petites lèvres.*

Il est bien plus fréquent de constater l'hypertrophie que l'atrophie des grandes et des petites

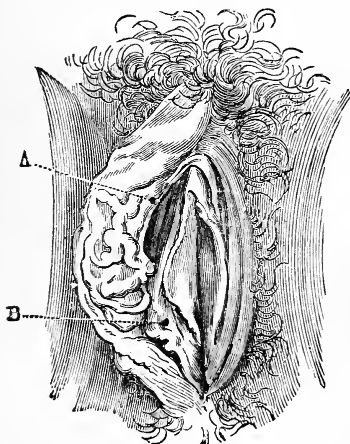


Fig. 78. Varicocèle de la grande lèvre.

lèvres, ainsi que nous l'avons mentionné ailleurs.

Dans l'observation de Perchaux (1), qui con-

(1) Perchaux, *Arch. de Tocologie*, t. XIII, p. 159, 1886.

cerne une jeune fille de seize ans, il y avait en même temps un clitoris très rudimentaire et un utérus infantilis.



Fig. 79. Hypertrophie des nymphes.

Ce vice de conformation peut arriver à prendre la forme du varicocèle (fig. 78), celle de l'hypertrophie des nymphes (fig. 79) ou même celle de l'éléphantiasis (fig. 80), dont le Dr Rigal

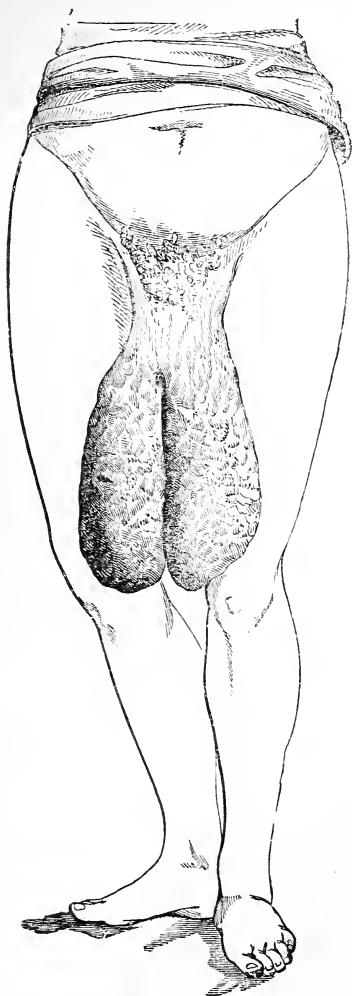


Fig. 80. Éléphantiasis des grandes lèvres.

de Gaillac a observé un cas très curieux (1).

§ 11. — *Soudure des grandes et des petites lèvres.*

L'union des petites et des grandes lèvres peut s'observer dans une certaine étendue.

Elle peut même produire l'occlusion de la vulve, et gêner la miction.

D'ordinaire, une simple traction suffit pour décoller les lèvres vulvaires ainsi soudées ensemble.

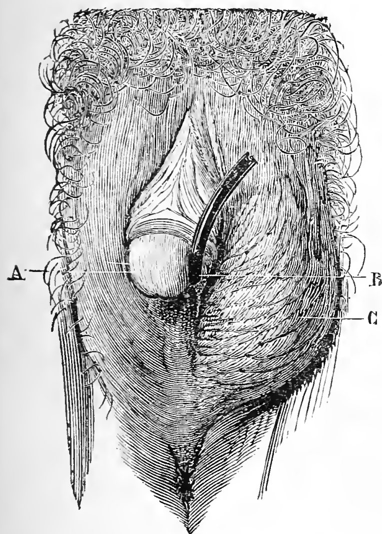
Debout (2) a rapporté un cas d'oblitération vulvaire, qui était le résultat de la fusion des petites lèvres, formant la paroi inférieure d'un canal dont l'orifice venait s'ouvrir au-dessous du clitoris (fig. 81). La malade avait 20 ans, lorsqu'elle fut opérée (fig. 82).

(1) Rigal de Gaillac, *in* Vidal de Cassis, *Traité de pathologie externe*, 5e édition. Paris, 1861, tome V, p. 310.

(2) Debout, *Cas rares de vices de conformation du vagin guéris par une opération* (*Bull. de thérapeutique*, 1864, t. LXV, p. 26).

§ 11. — *Absence, atrophie et hypertrophie du clitoris.*

L'absence du clitoris a coïncidé avec l'épispadias.



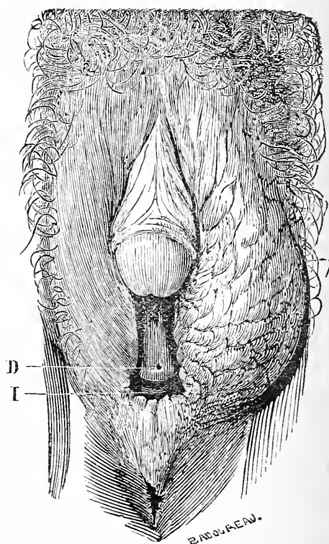


Fig. 81. Occlusion de la vulve avant l'opération (x).
(x) A, clitoris; B, sonde introduite dans l'ouverture vulvaire; C, ovaire situé dans la grande lèvre.

Fig. 82. Occlusion de la vulve, après l'opération (xx).
(xx) D, méat urinaire; I, ouverture du vagin.

Dans l'atrophie de la vulve, il est commun de trouver un clitoris rudimentaire.

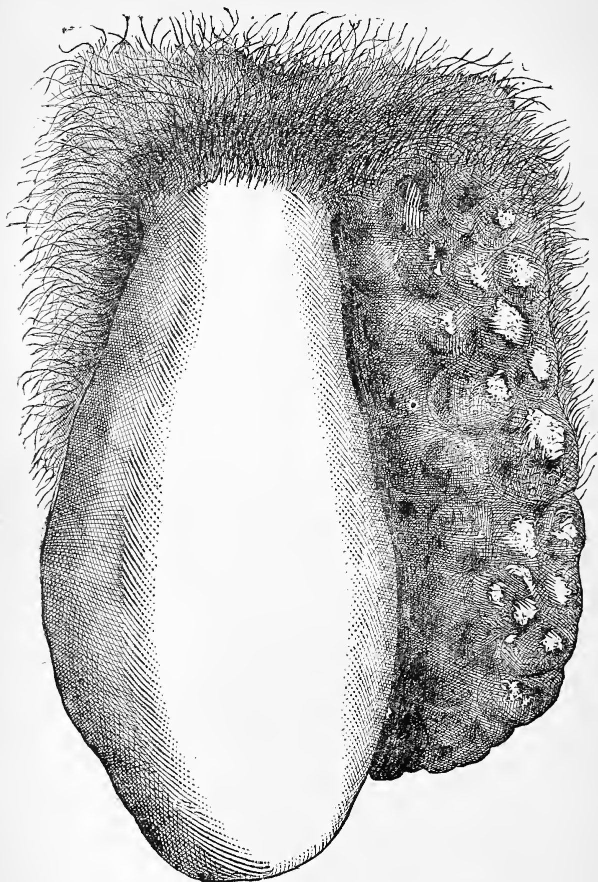


Fig. 83. Eléphantiasis de la grande lèvre et hypertrophie du clitoris.

Mais il est beaucoup plus fréquent d'observer l'hypertrophie du clitoris (fig. 83). On l'a notée comme malformation accessoire dans l'hypospadias et le dédoublement du canal génital ; elle peut dans certains cas, lorsqu'elle est concomitante d'une occlusion apparente des parties génitales externes, faire naître quelque hésitation sur la nature du sexe.

ARTICLE X

HERMAPHRODISME

L'*hermaphrodisme*, c'est-à-dire la réunion d'organes appartenant aux deux sexes, assez développés et disposés de telle sorte que l'individu qui les porte puisse se féconder lui-même et accomplir tous les actes de la génération, sans concours d'un autre individu de son espèce, ne se rencontre ni dans l'espèce humaine ni chez aucun autre mammifère.

Mais si l'hermaphrodisme physiologique ne s'est jamais rencontré chez les Vertébrés supé-

rieurs, il n'en est pas moins vrai que chacun d'eux porte temporairement toutes les ébauches des organes des deux sexes ; en un mot, le mammifère le plus élevé, l'homme lui-même, est transitoirement un être hermaphrodite. Cet hermaphrodisme transitoire, embryonnaire, peut dans certains cas durer au delà de son terme, et si l'hermaphrodisme physiologique n'a jamais été vu chez l'adulte, l'hermaphrodisme anatomique a pu y être rencontré.

C'est ainsi que l'on a cité des faits de sujets humains, ni hommes ni femmes ou les deux à la fois, si on le préfère, qui portaient en même temps que des testicules, des ovaires, un utérus et un vagin et des organes génitaux externes tels, qu'*à priori*, le véritable sexe des sujets était presque impossible à déterminer.

Nous avons étudié en détail cette question de l'hermaphrodisme (1), nous n'y reviendrons pas, mais nous citerons quelques observations

(1) Voy. Ch. Debierre, l'*Hermaphrodisme*, J.-B. Baillière, Paris, 1891.

de ces *êtres neutres*, qui vivent dans la nature et dont la raison d'être, d'ailleurs, n'a rien d'extra-naturel, pour ne pas omettre totalement la malformation des organes génitaux que l'on a appelée l'*hermaphrodisme.*

Dans le cas présenté à la *Société obstétricale de New-York* (1er mars 1887), on a observé chez le même sujet la présence de deux testicules, de deux ovaires, d'un pénis avec gland, d'un vagin, d'un utérus avec oviductes. Cet individu a vécu comme un homme jusqu'à l'âge de vingt-sept ans, et rendait à la fois ses urines et son sang menstruel par le pénis. (?)

Dans la curieuse observation de Klotz (1), il s'agit d'un individu de la clinique de Billroth. Les organes génitaux externes formaient deux tumeurs, recouvertes d'une peau brunâtre, dont la droite avait le volume du poing et dont la gauche rappelait la moitié d'un scrotum. Entre les deux tumeurs se trouvait un pénis recourbé en crochet. Depuis la puberté, la tumeur droite

(1) Klotz, *Arch. f. Klin. Chir.*, t. XXIV, p. 454, 1880.

avait donné lieu à des douleurs revenant périodiquement tous les mois. Billroth extirpa cette tumeur, mais le sujet mourut par suite d'une hémorrhagie consécutive à l'opération.

Or, voici ce que montra l'examen cadavérique de ce sujet :

Le type du corps est intermédiaire aux deux sexes. Les mamelles ont l'aspect de celles d'une jeune fille. De chaque côté du phallus atteint d'hypospadias, on trouve deux sacs ayant l'un l'aspect d'une grande lèvre, l'autre l'apparence d'un demi-scrotum. La bourse gauche contient un testicule avec épididyme, le tout enveloppé d'une tunique vaginale ; la bourse gauche renferme un ovaire kystique avec trompe de Fallope, et une partie d'un utérus unicorne, le tout renfermé dans un grand diverticule de Nuck. Le col utérin se rend dans un petit vagin garni à son embouchure d'un hymen et s'ouvrant dans l'urèthre. Le canal déférent suit son trajet ordinaire et débouche dans l'urèthre. Il en résulte que urèthre, utérus et canal déférent ont un

canal d'excrétion commun, le sinus uro-génital qui débouche dans un vestibule garni de nymphes.

Les observations d'hommes hypospades (pseudo-hermaphrodites), pris toute leur vie pour des femmes, ne sont pas très rares, et nous en avons rapporté de nombreux exemples (1).

S. Pozzi (2) a raconté l'histoire d'un homme hypospade considéré depuis vingt-huit ans comme femme ?

Dohrn (3) a publié l'observation d'un hermaphrodite marié, qui, seulement au bout de six ans de mariage, vint consulter le médecin pour la fatigue que lui causait l'accomplissement de ses devoirs ? Le mari de ce « sodomite légitime » (qu'on nous pardonne l'expression) se servait, en effet, du canal de l'urèthre comme d'un vagin, ce qui n'est pas sans inconvénient !

L'apparence d'un double sexe peut donc se rencontrer dans diverses circonstances, par suite

(1) Voy. Debierre, *l'Hermaphrodisme*, Paris, 1891.
(2) Pozzi, *Ann. de Gynécologie*, t. XXI, p. 257, 1884.
(3) Dohrn, *Arch. f. Gynäk.*, 1883, p. 225.

de vices de conformation des organes génitaux qui, ou bien ont arrêté ces organes à l'une de leur phase embryonnaire chez l'homme, ou bien en ont développé exagérément certaines parties chez la femme. Les individus de la première catégorie sont incomparablement plus nombreux, et nous savons que la grande majorité des hermaphrodites dont on a rapporté l'histoire étaient, au fond, des hommes hypospades. Que faut-il, en effet, pour faire un pseudo-hermaphrodite de sexe masculin ?

Il faut que les replis génitaux ne se soudent pas, de façon à ce que les bourses simulent une vulve et que le phallus ne se développe pas, de manière à figurer un clitoris. L'existence des testicules, soit dans les bourses, soit dans le canal inguinal, soit dans l'abdomen, vient prouver que cet homme-femme est bien en réalité un homme. Cependant, cet homme peut, dans certaines circonstances, avoir quelques-uns des organes de la femme, notamment un vagin et un utérus rudimentaire, tout à fait exceptionnel-

lement même des ovaires plus ou moins développés (cas de Heppner, de Grüber, d'Obolonsky, d'Odin).

Que faut-il, d'un autre côté, pour obtenir un pseudo-hermaphrodite de sexe féminin, personnage curieux beaucoup plus rare ? Ce qu'il faut, c'est que les replis génitaux (grandes lèvres) se soudent sur la ligne médiane, de manière à simuler un scrotum, et que le clitoris se développe suffisamment pour avoir l'air d'une verge. Qu'à cela vienne se joindre la descente des ovaires dans les grandes lèvres, et le sujet prendra extérieurement tout à fait l'apparence d'un homme. Au fond pourtant, cette homme-femme n'est bien qu'une femme.

ARTICLE XI

ANOMALIES DE LA MAMELLE

Les anomalies de la mamelle peuvent être des anomalies par défaut ou des anomalies par excès. Dans le premier cas, une mamelle ou

même les deux mamelles manquent; ce vice de conformation a été appelé *amazie*. — Dans le second cas, outre les deux mamelles normales, il existe une ou plusieurs mamelles surnuméraires; il y a *polymastie*. — Enfin, il peut y avoir *atrophie* ou *hypertrophie* simples de la glande mammaire.

§ 1er. — *Amazie.*

L'absence des deux mamelles est extrêmement rare. Jusqu'ici on ne l'a observée que chez des sujets venus au monde avec des anomalies d'un genre beaucoup plus grave.

Il n'en est pas de même de l'absence d'une seule mamelle, puis que Puech a pu en réunir une dizaine de cas (1). Cependant, le plus fréquemment encore, il y a alors d'autres malformations. Dans des exemples observés par Fœrster, Froriep, Ried, la paroi thoracique était incomplètement formée. Chez une vieille mendiante

(1) Puech, *Les mamelles et leurs anomalies*. Paris, 1876.

de 64 ans, Scanzoni a observé, concomitamment avec l'absence de la mamelle gauche, l'absence de l'ovaire gauche.

§ 2. — *Athélie.*

L'*athélie*, ou absence du mamelon seul, a été observée plusieurs fois.

A côté de l'athélie, on peut placer la *brièveté*, l'*ombilication* et l'*invagination* du mamelon, qui peuvent constituer un obstacle insurmontable à l'allaitement.

§ 3. — *Polymastie.*

La *polymastie*, ou multiplicité des mamelles, est relativement très fréquente. Puech en 1876 en a réuni 77 cas ; Leichtenstern, en 1878, en relevait 92 exemples. Depuis, Hamy, Hartung, Quinquaud, Whiteford, R. Blanchard, Neugebauer, Barthe, Engstrom, etc., en ont rapporté d'autres. D'après Mitchell Bruce (1), elle se rencontrerait environ sept fois sur 100 sujets,

(1) Mitchell Bruce, *Journ. of Anatomy*, XIII, p. 425, 1879.

avec cette distinction, chose singulière, qu'elle serait deux fois plus fréquente chez les hommes que chez les femmes.

On peut distinguer trois degrés dans la polymastie : 1° mamelon sans mamelle (*polythélie*) ; 2° mamelle sans mamelon ; 3° mamelle complète.

Assez généralement, les mamelles surnuméraires sont peu volumineuses, rudimentaires.

Le Dr A. Charpentier (1) a représenté (fig. 84) une femme observée par lui à la Clinique, qui avait quatre mamelons, deux thoraciques, deux axillaires. Les mamelons supplémentaires étaient plus petits quoique régulièrement conformés. On en faisait jaillir du lait, comme du mamelon normal.

Chez une femme observée par Tarnier, les quatre mamelles qu'elle portait donnaient cependant autant de lait les unes que les autres.

Chez une autre, observée par Quinquand, le

(1) Charpentier, *Traité pratique des accouchements*, 2e édition, tome I, 1889, p. 69.

lait secrété par les mamelles axillaires était



Fig. 84. Mamelles supplémentaires.

seulement un peu moins riche que celui des mamelles pectorales.

Enfin, une femme, dont Robert conta l'histoire, put nourrir son enfant avec une mamelle qu'elle portait... sur la cuisse!

Les mamelles surnuméraires siègent de beaucoup le plus fréquemment sur la partie antérieure du thorax, au-dessous de la mamelle normale. Les mamelles axillaires, dorsales, inguinales, vulvaires, fémorales, sont beaucoup plus rares. Dans la statistique de Leichtenstern, on trouve 96 mamelles thoraciques pour 5 axillaires, 2 dorsales, 1 acromiale et 1 fémorale.

Le nombre des mamelles accessoires est très variable. On en trouve depuis une jusqu'à dix, comme Neugebauer l'a observé en 1886.

Comment doit-on interpréter ces cas de mamelles multiples ?

En voyant les animaux avec la poitrine ou le ventre couvert de mamelles, on ne peut s'empêcher de penser que les mamelles surnuméraires sont des anomalies réversives au premier chef. Mais il ne faudrait point pousser les choses à l'ab-

surde, et conclure de là que les mamelles vulvaire, fessière, faciale, dorsale, etc., sont d'origine atavistique, car on serait fatalement conduit à croire à un type ancestral littéralement recouvert de mamelles par tout le corps. — Non, si les mamelles surnuméraires pectorales, ventrales et inguinales sont des anomalies réversives, les mamelons exceptionnels qu'on rencontre sur la cuisse ou le dos trouvent leur explication dans ce fait que la mamelle doit être assimilée à une glande sébacée. Si la *Grande Roussette* a des mamelles axillaires, le *Coypou* des mamelles dorsales, le *Capromys Fourieri* des mamelles axillaires et deux autres en avant des cuisses, ce sont là des glandes aberrantes qui sont tardivement survenues dans l'évolution phylogénique et se sont transmises par hérédité.

Les glandes mammaires dorsales et fémorales que l'on a rencontrées chez l'homme ne seraient, par suite, que des produits purement accidentels.

§ 4. — *Atrophie des mamelles.*

L'atrophie des mamelles est ordinairement acquise, et la mastite des nouveau-nés est une des causes les mieux connues de l'atrophie des glandes laiteuses. Néanmoins, l'état rudimentaire des mamelles peut être congénital.

L'anomalie porte tantôt d'un seul côté, tantôt sur les deux glandes. Puech a cité un cas d'atrophie unilatéral; Engstrom (1) a rapporté deux exemples analogues. Il est de règle de voir cette atrophie quand l'utérus reste à l'état fœtal (Puech), quoique la chose ne soit pas fatale, puisque Négrier, Virchow, Rokitansky ont observé l'utérus infantilis avec des mamelles volumineuses. Il est vrai que la présence des ovaires peut expliquer ces différences.

§ 5. — *Hypertrophie des mamelles.*

L'*hypertrophie* de la mamelle peut s'observer dans les deux sexes.

(1) Engstrom, *Ann. de Gynécologie*, p. 81, 1889.



Fig. 85. Hypertrophie mammaire.

Chez la *femme*, la mamelle augmentée de volume dans son ensemble, sans être frappée d'aucun néoplasme, peut acquérir des dimensions énormes. On en a vu qui mesuraient plus d'un mètre de circonférence et pesaient plus de 30 livres ! — Labarraque (1) a pu en réunir 33 observations, et depuis Benoît et Monteils, Monod, Klippel, Billroth, Barton, Richter, Schussler et Lihotzky en ont rapporté d'autres exemples.

Nous représentons (fig. 85) une jeune fille de dix-sept ans, dont les mamelles formaient deux énormes masses remplies de vésicules, descendant sur la poitrine et le ventre, qu'elles recouvraient presque en totalité jusqu'au pubis. Mesurées dans la partie qui présente le plus grand développement, elles avaient pour le sein gauche une circonférence de 75 centimètres et pour le sein droit de 72 centimètres. La circonférence de leur pédicule était de 50 centimètres environ. Leur poids, autant qu'il a été possible

(1) Labarraque, *Thèse de Paris*, 1875.

de l'apprécier, était de 7 kilogrammes pour la gauche et de 6 kilogr. 1/2 pour la droite. La peau recouvrant ces immenses glandes mammaires n'avait subi aucune altération notable. L'ablation de ces deux mamelles a été faite en deux fois par Manec; les suites de cette ablation ont été des plus satisfaisantes; la malade a guéri (1).

Il est rare d'observer cette infirmité, qui se développe rapidement et exige l'intervention du chirurgien avant la puberté. On peut même dire qu'elle coïncide d'ordinaire avec la poussée que la mamelle subit toujours à cette période de la vie. Il ne s'agit point là d'une anomalie congénitale, mais c'est une anomalie acquise que nous avons tenu à ne pas passer complètement sous silence, parce qu'elle a des relations étroites avec la croissance.

Chez l'*homme*, l'hypertrophie des seins ou

(1) Manec, *Hypertrophie mammaire énorme* (*Gaz. des Hôpitaux*, 1859, p. 45, n° 12).

gynécomastie est rare ; Puech estime qu'elle se rencontre une fois sur 13,000 conscrits. — L'hypertrophie, le plus ordinairement, frappe les deux mamelles qui prennent le volume du sein d'une jeune fille, rarement un volume plus considérable.

On a cru pendant longtemps, et récemment le Dr Em. Laurent est revenu à ces idées (1), que le gynécomaste porte en lui le cachet du féminisme et de l'eunuque. Olphan (2), au contraire, a cherché à démontrer que la gynécomastie peut coexister avec l'intégrité absolue des organes génitaux. La vérité, c'est que si l'on voit survenir la gynécomastie, — le plus souvent à l'époque de la puberté, — chez des sujets d'ailleurs bien conformés et présentant tous les attributs de la virilité, il n'en est pas moins vrai que le plus souvent elle coïncide avec des altérations du testicule. Ainsi l'hypertrophie des seins est à

(1) Em. Laurent, *Les Gynécomastes*, *Thèse de Paris*, 1888, et *De l'Hérédité des gynécomastes* (*Ann. d'Hyg.*, 1890, 3e série, tome XXIV, p. 43).

(2) Olphan, *Thèse de Paris*, 1880.

peu près constante chez les pseudo-hermaphrodites mâles. Ledentu l'a vue coïncider avec l'ectopie du testicule ; elle est de règle chez les dégénérés frappés d'infantilisme et de féminisme. L'orchite ourlienne, comme le démontrait L. Lereboullet en 1877 (1), peut provoquer, après avoir atrophié le testicule, l'hypertrophie du sein. La castration chirurgicale ou traumatique peut avoir le même résultat, ainsi que cela s'est passé pour les deux soldats, mutilés par un éclat d'obus, dont Martin a rapporté l'histoire (2).

Mais les atrophies ou destructions du testicule n'ont d'effet que si elles surviennent après la puberté et chez des hommes jeunes. C'est probablement pour cette raison que les eunuques du Sérail, de l'Orient, castrés dans leur jeune âge, ne sont pas atteints de gynécomastie.

(1) Lereboullet, *Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, pp. 533 et 542, 1877.

(2) Martin, *Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, p. 591, 1877.

Notre conclusion générale de l'étude à laquelle nous nous sommes livré sur les *Anomalies des organes génitaux de la femme*, c'est que dans la Nature rien n'est extraordinaire, et notre ignorance fait seule toute la force des Dieux fétiches et des Manitous de tous les temps et de tous les pays.

FIN

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE II

CHAPITRE III

ÉMILE COLIN — IMPRIMERIE DE LAGNY

